

**Univerzita Karlova v Praze**

**Husitská teologická fakulta**

*Diplomová práce*

**Fenomén dlouhověkosti**

**Phenomenon of longevity**

Vedoucí práce:  
MUDr. Jiřina Ondrušová, Ph.D.

Autor:  
Bc. Anna Krejtná

Praha 2015

*„Tímto velice děkuji MUDr. Jiřině Ondrušové, Ph.D za cenné rady, připomínky, vstřícný přístup a metodické vedení této diplomové práce. Zároveň bych ráda poděkovala všem dlouhověkým seniorům, kteří se stali součástí této práce a umožnili mi nahlédnout do svých životů. V neposlední řadě velmi děkuji mému manželovi za pomoc a podporu, a doufám, že dlouhého života se dočkám právě po jeho boku.“*

*„Prohlašuji, že jsem tuto diplomovou práci s názvem Fenomén dlouhověkosti napsala samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.“*

V Praze, 2. května 2015

*Anna Krejná*

## Anotace

Tato diplomová práce s názvem Fenomén dlouhověkosti si klade za cíl popsat a vymezit dnes velmi aktuální téma dlouhověkosti. Zmíněn je zde především současný pohled na tento fenomén a také jeho historický vývoj. Práce se rovněž dotýká demografie a střední délky života, které s dlouhověkostí úzce souvisí. Velká pozornost je věnována problematikým místům v životě dlouhověkých osob, především jejich znevýhodněnému statusu. Na tuto kapitolu navazuje též péče a podpora života, které jsou v takto vysokém věku nezbytné. Součástí práce jsou také dvě výzkumná šetření, která umožňují nahlédnout do uplynulého života dlouhověkých seniorů, do jejich zdravotního a funkčního stavu a především se snaží odhalit příčiny dlouhověkosti.

**Klíčová slova:** Senior, Stáří, Dlouhověkost, Dlouhověký senior, Století lidé, Vysoký věk, Střední délka života, Příčiny dlouhověkosti

## Annotation

This thesis entitled Phenomenon of longevity aims to describe and define very actual today Thema longevity. There is also mentioned particularly contemporary view of the phenomenon and its historical development. This work also touches demographics and life expectancy, which is closely linked to longevity. Great attention is paid to the problem spots in the lives of very old people, especially their disadvantaged status. On this chapter is followed also the care and support of life, that is in such high age necessary. Part of the work are also two research projects that enable an insight into the past lives of long-lived seniors in their health and functional status, and especially trying to uncover the causes of longevity.

**Keywords:** Senior, Age, Longevity, Long-lived senior, Centenarian people, Great age, Average life expectancy, Causes of longevity

# Obsah

<b>ÚVOD .....</b>	<b>8</b>
<b>TEORETICKÁ ČÁST .....</b>	<b>10</b>
<b>1. Vymezení pojmů .....</b>	<b>10</b>
1.1 Stárnutí.....	10
1.1.1 Změny ve stáří.....	11
1.1.2 Teorie stárnutí.....	12
1.2 Stáří.....	13
1.3 Důchodový věk.....	14
1.4 Gerontologie, Geriatrie .....	15
1.4.1 Význam a cíle oboru Gerontologie/Geriatrie.....	16
<b>2. Demografické stárnutí a stáří .....</b>	<b>17</b>
<b>3. Klasifikace věku .....</b>	<b>20</b>
<b>4. Střední délka života .....</b>	<b>22</b>
4.1 Vývoj střední délky života .....	23
<b>5. Dlouhověkost.....</b>	<b>26</b>
5.1 Dlouhověkost v historii .....	26
5.2 Fenomén dlouhověkosti pohledem současnosti .....	28
5.2.1 Projekt dlouhověkost bez léků.....	33
<b>6. Specifika problematiky dlouhověkých seniorů .....</b>	<b>35</b>
6.1 Manželství a ztráta životního partnera .....	36
6.2 Chudoba ve stáří.....	38
6.3 Závislost ve stáří .....	39
6.4 Osamělost a sociální izolace .....	39
6.5 Nemoci ve stáří .....	40
6.6 Rezidenční péče a dlouhověcí senioři .....	42
6.7 Ageismus .....	44
6.8 Násilí na seniorech .....	45
6.9 Umírání a smrt.....	47
<b>7. Péče o dlouhověké seniory .....</b>	<b>49</b>
7.1 Rodinná péče.....	49
7.1.1 Historie vícegeneračního soužití.....	49
7.1.2 Vícegenerační soužití v současnosti.....	50
7.1.3 Budoucnost rodinné péče.....	53
7.2 Rezidenční péče.....	53
<b>8. Podpora života ve vysokém věku.....</b>	<b>55</b>
<b>9. Dlouhověkost politickou prioritou .....</b>	<b>57</b>
9.1 Akční plány pro stáří.....	58
9.1.1 Národní plán přípravy na stárnutí na období 2003-2007 .....	58

9.1.2	Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008-2012.....	58
9.1.3	Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-2017.....	59
9.1.4	Mezinárodní akční plán pro stárnutí a stáří.....	59
9.1.5	Zásady OSN pro stáří.....	59
9.2	Další dokumenty .....	59

## **EMPIRICKÁ ČÁST..... 60**

### **10. Výzkumné šetření č.1 ..... 60**

10.1	Cíle šetření .....	60
10.2	Metody šetření.....	60
10.3	Metodika šetření .....	61
10.4	Charakteristika souboru.....	61
10.5	Shrnutí výzkumného šetření a interpretace .....	62

### **11. Výzkumné šetření č.2 ..... 67**

11.1	Cíle šetření .....	67
11.2	Metody šetření.....	67
11.3	Metodika šetření .....	68
11.4	Charakteristika souboru.....	68
11.5	Rozhovory s dlouhověkými seniory .....	69
11.5.1	Respondentka č.1: Paní Vlasta, 93 let.....	69
11.5.2	Respondentka č.2: Paní Anna, 93 let .....	71
11.5.3	Respondentka č.3: Paní Dana, 104 let .....	73
11.5.4	Respondentka č.4: Paní Lucie, 94 let.....	75
11.5.5	Respondentka č.5: Paní Marie, 97 let .....	77
11.5.6	Respondentka č.6: Paní Jaroslava, 101 let.....	78
11.6	Shrnutí výzkumného šetření a interpretace .....	80

## **ZÁVĚR ..... 83**

## **SEZNAM LITERATURY A INTERNETOVÝCH ZDROJŮ ..... 86**

## **Seznam zkratek**

ČR – Česká republika

MPSV – Ministerstvo práce a sociálních věcí

MVCR – Ministerstvo vnitra České republiky

DS – Domov pro seniory

OSN – Organizace spojených národů

WHO – World Health Organization (Světová zdravotnická organizace)

EAN – Elder Abuse and Neglect (Syndrom špatného zacházení se seniory)

LDN – Léčebna dlouhodobě nemocných

CZSO – Český statistický úřad

SZU – Státní zdravotní ústav

ČSSZ – Česká správa sociálního zabezpečení

IKEM – Institut klinické a experimentální medicíny

# Úvod

Nedůležitějším okamžikem lidského života je narození. V této první fázi života nikdo na stáří ani nepomýšlí. Odborníci však tvrdí, že každý člověk začíná stárnout hned, jak se narodí. Novorozenec se sice teprve vyvíjí, ale zároveň začíná skutečně stárnout. Stáří je neodmyslitelnou součástí a etapou lidského života. Stárne každý jedinec žijící na tomto světě. Každý stárne sám od sebe, ale jaké jeho stáří bude, či co ho čeká, záleží pouze na něm.

V poslední době se o stáří hodně mluví a píše, a to zejména z důvodu, že lidstvo jako celek výrazně stárne. Česká společnost stárne a tou největší změnou je především stoupající počet dlouhověkých lidí. Dlouhověkostí se zabývá řada odborníků a snaží se nalézt příčiny tak vysokého věku. Přemýšlet o stáří a dlouhověkosti však není jen úkolem seniorů a odborníků, jsou důležité pro každého.

Já přemýšlím o stáří velmi často. Nebojím se toho, že zastárnu, nebojím se vysokého věku, bojím se toho, co ve stáří přijde. Bojím se osamělosti ve stáří a také nemohoucnosti. A to byl jeden z důvodů, proč jsem si zvolila toto téma diplomové práce. Dalším důvodem byla praxe v domově pro seniory, kde jsem přicházela každý den do kontaktu s dlouhověkými lidmi. Zaujala mne především jejich vitalita a postoj k jejich životu. Někteří se stále těší dobrému zdraví, zajímají se o dění kolem sebe a nepřetržitě komunikují s okolím. Posledním důvodem byla také skutečnost, že mojí babičce, která si v životě prošla mnohým je neuvěřitelných 97let a je stále zdravá, usměvavá a především stále neztratila chuť do života.

Cílem této práce je popsat problematiku dlouhověkosti v České Republice. Především se v teoretické i empirické části snažím zmapovat, jaké jsou příčiny dlouhověkosti, a jaký zdravotní a funkční stav s sebou takto vysoký věk přináší. Zaměřím se také na problematická místa v životě dlouhověkých seniorů a na péči, která je v některých případech nezbytná. Nevynechávám ani podporu života, která je v takto vysokém věku nutná.

Má diplomová práce je rozdělena do jedenácti samostatných kapitol. Devět kapitol popisuje teoretické poznatky týkající se dlouhověkosti. V první kapitole se zaměřuji na pojmy, které s dlouhověkostí úzce souvisí. Druhá kapitola pojednává o demografickém stáří, tedy o současných počtech dlouhověkých osob žijících v České Republice. Třetí kapitola popisuje klasifikace stáří dnešní společnosti. Čtvrtá kapitola se zabývá střední délkou života. Velký prostor dávám především jejímu vývoji, který prošel v průběhu let velkými změnami. V následující páté kapitole specifikuji a vymezuji pojem dlouhověkost. V této kapitole se zaměřuji na historii a současný pohled na dlouhověkost. Překládám také vědecké výzkumy a články, které se dlouhověkostí zabývají. V šesté kapitole se zaměřuji na znevýhodňující status dlouhověkých osob v dnešní společnosti. Podrobně popisuji problematické situace těchto seniorů. Sedmá kapitola předkládá formy péče o již nesoběstačné



dlohověké seniory, s důrazem na rodinnou a rezidenční péči. Další kapitola poukazuje na nutnou podporu života dlouhověkých osob, i na to jakou formou by podpora měla být realizována. Devátá kapitola se zaměřuje na podporu dlouhověkých osob ze strany státu a na akční plány podporující stáří.

V posledních dvou kapitolách popisují dvě výzkumná šetření, týkající se dlouhověkých osob a jejich výsledky. První šetření je provedeno formou polostrukturovaného dotazníkového šetření v Domovech pro seniory v Praze. Druhé šetření je provedeno formou polostrukturovaných osobních rozhovorů s dlouhověkými seniory, žijícími v Domově pro seniory v Praze.

# 1. Vymezení pojmů

## 1.1. Stárnutí

Haškovcová ( 2010, s.20 ) uvádí, že „stárnutí je souhrn zánikových změn morfologických a funkčních nastupujících postupně se značnou interindividuální variabilitou. Jestliže hovoříme o morfologických změnách, jedná se o tzv. fyziologickou atrofii. Funkčně jde tedy o zhoršování vlastností, pokles rezerv, úbytek funkcí, zhoršování reakcí, o změnu biorytmu, hromadění chyb a deficitů. Involuční změna neboli involuce je složitý komplex prolínajících se dějů na úrovni molekulární, subcelulární, orgánové i celostní. Involuční změny se těsně prolínají se změnami chorobnými i s projevy životního stylu.“

Důležitým faktem je, že každý člověk stárne již od narození a především stárne každý z nás jinak. Proces stárnutí je nepřetržitý, přičemž v některých obdobích stárne člověk rychleji, v jiných zase pomaleji.

Dle Ondrušové ( 2011, s.13 ) je stárnutí „celoživotní biologický proces, který je neodvratný a na jehož konci je stáří.“ Stáří není jen plynutí času, jde o mnohem víc. V těle člověka probíhá řada biologických dějů a stárnutí je jejich projevem. Stárnutí je nevratný a neopakovatelný proces a je univerzální pro celou přírodu.“

Hamilton ( 1999, s.13 ) zdůraznil ve své knize, že stárnutí není záležitostí moderní doby, ale až v posledních sto letech se stalo běžnou zkušeností, a to především v západních zemích. V prehistorických dobách se stáří nedožíval nikdo. Postupem času se procentuální hranice dožití začala posouvat.

„V České Republice je v současné době přibližně 15% (1,5 miliónu) obyvatel starších 65 let. Odhadem stoupne roku 2030 počet starých lidí na 24% (2,33 miliónu), v roce 2050 by jich mělo být dokonce 33%, tedy asi 3,1 miliónu.“

Hamilton dále zmiňuje pojmy primární, sekundární a terciární stárnutí. Primární stárnutí popisuje autor jako tělesné změny stárnoucího organismu. Sekundární stárnutí jako změny, které se ve stáří objevují častěji, nejsou však nutnou součástí stárnutí. U terciárního stárnutí zdůrazňuje Hamilton, že ho zmiňují pouze někteří badatelé, aby jím vyjádřili prudký a nápadný tělesný úpadek bezprostředně předcházející smrt.

V průběhu několika let lze tedy pozorovat, jak se člověk mění. Probíhá proměna lidských fyzických i psychických znaků charakterizujících obvykle střední věk ve znaky charakterizující stáří. Je velice obtížné určit dobu, kdy se člověk definitivně stane starým.

### 1.1.1. Změny ve stáří

Proces stárnutí je dle Matouše a kol. ( 2002, s.11 ) charakteristický změnami, jakož jsou např.:

- Snižování tělesné výšky
- Změny tělesné hmotnosti
- Snižování procenta celkové tělesné vody
- Snížení funkčnosti celého hybného systému, snížení ohebnosti
- Pokles svalové síly až o 30%
- Mění se organická hmota kostí, což vede k řidnutí kostí
- Degenerativní kloubní změny
- Dochází k zákonitým involučním změnám
- Snižuje se výkonnost kardiorepirační funkce
- Zhoršuje se funkce nervového systému
- Klesá celková adaptabilita organismu a schopnost regulací

Dvořáčková ( 2012, s.12 ) a Mlýnková ( 2011, s.20-26 ) uvádějí:

- Tělesné projevy stáří/ Biologické změny
  - tělesné změny ve stáří označujeme jako fenotyp stáří. Tělesná výška se s věkem snižuje a tělesná hmotnost obvykle s věkem stoupá. Velmi nápadné změny jsou změny postoje a chůze, dochází k úbytku svalové hmoty síly. Výrazné jsou také involuční změny smyslového vnímání. Mezi nejvýraznější změny patří také: pokles sexuální aktivity u mužů, zpomalení rychlosti reflexů na podněty, snížená vitální kapacita, snížená svalová síla, nižší váha mozku, snížený bazální metabolismus, snížení rychlosti vedení vzruchu nervovými vlákny
  - tělesné projevy stáří se většinou týkají všech soustav a jejich orgánů

Tělesné změny probíhají:

1. na kůži - stařecké skvrny, suchá svědivá kůže, ztráta elasticity, atd.
2. v pohybovém systému - zvýšené riziko zlomenin, snížená schopnost pohybu, atd.
3. v kardiovaskulárním systému - klesá pracovní kapacita srdce, srdeční chlopně ztrácejí pružnost, pokles průtoku krve orgány, klesá elasticita cév, atd.
4. v respiračním systému - klesá respirační schopnost plic, časté zadýchávání, snižuje se vitální kapacita plic, atd.

5. v trávicím systému - ztráta chrupu, nižší tvorba slin a trávicích enzymů, zpomalení motility orgánů trávicí trubice, zácpa, atd.
6. v pohlavním systému - u žen ukončena sekrece pohlavních orgánů, zmenšuje se mléčná žláza, atd.
7. ve vylučovacím systému - klesá schopnost ledvin tvořit a vylučovat moč, klesá kapacita močového měchýře, snižuje se síla svěračů, atd.
8. v nervovém systému - snížení rychlosti vedení vzruchů v periferním nervovém systému
9. ve smyslovém vnímání, spánku- časté výrazné postižení zraku a sluchu

- Psychické změny

- Stárnutí zahrnuje různé změny psychiky. Tyto změny se mohou s rostoucím věkem objevovat u každého člověka individuálně. Lze říci, že dochází ke zhoršení kognitivních funkcí, tedy vnímání, pozornosti, paměti, představ, myšlení. Může klesat pružnost myšlení či psychická vitalita. Některé osobnostní rysy a vlastnosti jedince se mohou také měnit. Dochází ke změnám v hierarchii potřeb, zhoršuje se přizpůsobení se životním změnám. Často se dostávají do popředí negativní rysy osobnosti.

- Sociální změny a změny v životní orientaci

- Lze předpokládat, že sociální změny v životě seniorů jsou závislé na úrovni připravenosti na stáří. Zásadní sociální změnou je odchod do důchodu. Odchodem do starobního důchodu se mění sociální a ekonomická role seniora. S odchodem do důchodu se mění prožívání, vnímání i chování. Po odchodu do důchodu bojuje zpočátku mnoho lidí s určitou prázdnotou a pocitem nepotřebnosti. Dalšími zásadními změnami mohou být např. proměna společenské role seniora, změna aktivit ve stáří, omezení soběstačnosti, osamělost, vyčlenění ze společnosti, sociální izolace, strach ze smrti. Tou nejtěžší zkouškou, se kterou se musí starý člověk vyrovnat je ztráta životního partnera popřípadě ztráta stejně starých přátel.

### 1.1.2. Teorie stárnutí

V knize Čevely a kol. ( 2012, s.21 ) je uvedeno, že teorii stárnutí lze rozdělit do dvou hlavních skupin:

- Teorie stochastické – předpokládají, že děje spojené se stárnutím jsou převážně náhodné
- Teorie nestochastické – předpokládají, že stárnutí je především geneticky přeurčeno, programováno

Tyto teorie se ještě dále rozdělují. Teorií je mnoho, a jak uvádí sám autor, některé jsou i velmi složité. Udávám proto pouze pár vybraných. Pod stochastické teorie můžeme řadit např. teorii opotřebení, kdy dochází k poškození životně důležitých částí organismu nebo teorii mutační, kde dochází k somatické mutaci DNA. U nestochastických teorií se setkáváme např. s genetickou teorií, která udává, že délka života je specifická pro každý živočišný druh. Dále je zde teorie o existenci genů dlouhověkosti či naopak progerie, které hovoří o předpokladu vlivu genetických faktorů na dožití člověka, kdy je udáván 35% vliv, dalších 65% jsou faktory zevního prostředí a životního stylu, které jsou individuálně variabilní a především jsou ovlivnitelné.

## 1.2. Stáří

Erikson ( 1999, s.60 ) uvádí, že pojem stáří mohl pro člověka v historii znamenat několik málo moudrých mužů a žen. Tito muži a ženy žili podle autora klidně způsobem přiměřeným jejich věku a věděli jak zemřít s určitou důstojností. Takto se žilo v kulturách, kde dlouhé přežití bylo považováno za boží dar.

Dle Matouška ( 2008, s.214 ) je stáří „věkové období začínající v současné západní kultuře v 60-65letech, kdy lidé odcházejí do důchodu. Někteří z nich pak mají větší spotřebu zdravotní péče nebo postupně ztrácejí soběstačnost. Jen menší část lidí dožívajících se 80let je zdravá a soběstačná.“ Není však pravidlem, že každý starý člověk je bezmocný, nemocný, depresivní, trpí poruchami paměti a pohybového ústrojí. Podle autora je lepší popisovat psychické a tělesné změny ve stáří jako změnu schopností než jako jejich úbytek.

Stáří je dle Čevely a kol. ( 2012, s.19 ) „poslední vývojovou etapou, která uzavírá, završuje lidský život. Jde o projev a důsledek involučních změn funkčních i morfologických, probíhajících druhově specifickou rychlostí s výraznou interindividuální variabilitou a vedoucích k typickému obrazu označovanému jako fenotyp stáří.“ Fenotyp stáří je modifikován vlivy prostředí, zdravotním stavem, životním stylem, a dále vlivy sociálně ekonomickými a psychickými.

Kalvach a kol. ( 2006, s.7 ) popisují stáří jako obtížně definovatelnou poslední fázi života, v níž se jak již bylo výše zmíněno nápadněji projevuje involuce, souhrn involučních změn (zánikových, poklesových, atrofických), se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu. Z medicínského hlediska hovoříme o involučním úbytku potenciálu zdraví. Často dochází k rozporům mezi stářím kalendářním (věkem člověka) a stářím biologickým (jeho zdatností, mírou involuce).

Je tedy očividné, že charakterizovat stáří je nesnadné. Stáří i stárnutí je fyziologickou součástí života lidí, zvířat, rostlin. Dle Mlýnkové ( 2011, s.13 ) „stáří představuje vyvrcholení celého životního cyklu jedince.“ Stáří je tedy vyvrcholením stárnutí a představuje závěrečnou kapitolu života.

Tradičně se dle Čevely a kol. ( 2012, s.25-27 ) stáří rozlišuje na:

- Biologické stáří

Biologické stáří je dáno dosažením určitého stupně involučních změn a poklesu potenciálu zdraví. Jedná se o souhrn nevratných biologických změn, případně genetických změn, které vedou ke zvýšenému riziku onemocnění, funkčních deficitů, úmrtí. Biologické stáří není přesně stanovitelné, jelikož neexistují přesná kritéria. Procesy stárnutí jsou prolínány s chorobnými změnami. Je zřejmé, že psychický aspekt – subjektivní vnímání věku, související s pocitem úbytku či naopak dostatku sil je významným faktorem biologického stáří, životní prognózy a rozvoje geriatrické křehkosti.

- Kalendářní stáří

Kalendářní věk je možno laicky definovat jako léta, které uplynula od doby narození. Kalendářní stáří je dáno dosažením určitého dohodnutého věku ve společnosti. Je snadno a jednoznačně stanovitelné, takže vyhovuje demografickým potřebám. Nevýhodou je, že neříká nic o individuálních změnách, která stáří provází, ani o sociálních rolích. Měřítka kalendářního stáří se stále mění. Se zlepšováním zdravotní péče, celkově lepšího zdravotního stavu seniorů a prodlužováním naděje dožití se po řadu generací pokles potenciálu zdraví zpomaluje a hranice stáří se tak posouvá do vyššího věku.

- Sociální stáří

Sociální stáří je dáno souhrnem sociálních změn, změn sociálních rolí a postojů, sociálního potenciálu, souhrnem znevýhodnění a typických životních událostí pokročilého věku, jakými jsou pokles životní úrovně, nezaměstnanost, odchod dětí z rodiny, ovdovění, ztráta perspektiv a aspirací, apod. Za počátek sociálního stáří se obvykle označuje odchod do důchodu nebo věk, ve kterém seniorovi vzniká nárok na starobní důchod.

### **1.3. Důchodový věk**

Dle Sýkorové a kol. ( 2004, s.18 ) je důchodový věk věkem, kdy je člověk nucen opustit pracovní trh. „Podobným způsobem je definován rok narození, ve skutečnosti vyjadřuje ve vztahu k pracovnímu trhu subsidiární zajišťování živobytí ze státních a jiných zdrojů. Okamžik vyloučení z pracovních poměrů je upraven zákonem, bez ohledu na individuální kondici a přání.“ Povinný odchod do důchodu zasahuje poměrně vysoký podíl seniorů v populaci. Faktem je, že se stále zlepšuje sociální a zdravotní péče, což vede k prodlužování lidského věku. Paradoxně se ale ve stejné době snižuje věk, kdy jsou lidé stále pro zaměstnavatele užiteční. Hranice se posouvá níže a senioři jsou nuceni opustit trh práce mnohem dříve než by si sami přáli. Důchodový věk, stáří nepochází od

přírody, je velmi úzce vymezeno stavem na pracovním trhu, na rozdíl např. od pracovní neschopnosti pro invaliditu nebo nemoc.

## **1.4. Gerontologie, Geriatrie**

Gerontologie je dle Kalvacha ( 2006, s.7 ) „souhrn poznatků o stárnutí, stáří a životě ve stáří.“ Zavázalová a kol. ( 2001, s.7 ) uvádí, že „gerontologie zkoumá zákonitosti, příčiny, mechanismy a projevy stárnutí a vypracovává vědecké podklady pro zdravé stárnutí a stáří a pro komplexní péči o staré občany. Je to věda interdisciplinární, integrovaná a komplexní. Vychází z biopsychosociální podstaty člověka a podstaty stárnutí. Má i své vlastní specifické a modifikované metody.“

Kalvach ( 2006, s.7 ) řadí gerontologii do tří skupin, a to Gerontologie experimentální, sociální a klinická.

1. Experimentální/Teoretická gerontologie se zabývá příčinami a mechanismy stárnutí živých organismů.
2. Sociální gerontologie zasahuje do dalších vědních oborů, jakož jsou sociologie, psychologie, politologie, sociální práce, pedagogika, ekonomie, právo a do mnoha dalších oblastí. Zabývá se souvislostmi individuálního i populačního stárnutí. Dle Zavázalové a kol. ( 2001, s.8 ) je obsah sociální gerontologie velmi široký. Mezi její hlavní témata můžeme řadit otázky demografického stárnutí, sociálně ekonomickou situaci starých lidí, společenské prostředí, sociologickou a sociálně psychologickou problematiku stárnutí a stáří, sociálně lékařské a sociálně psychologické aspekty poskytování komplexní péče o staré občany, právní a etické aspekty péče o staré občany, problematiku přípravy na stáří. „Hlavním cílem gerontologie je předcházet předčasnému, urychlenému a patologickému stárnutí, usilovat o zdravé stárnutí a stáří, prodlužovat plnou soběstačnost až do pozdního věku, zlepšovat kvalitu života lidí i ve vyšším věku, přidávat nejen léta života, ale i aktivní život a zdraví létům.“
3. Klinická gerontologie se zabývá problematikou zdraví, chorob, funkčního stavu ale také kvalitou života ve stáří, která úzce souvisí se zdravotním stavem seniora. Klinická gerontologie se častěji objevuje pod pojmem Geriatrie. „V širším slova smyslu označuje geriatrie celou geriatrickou medicínu, která prostupuje prakticky všechny klinické obory dospělého věku. V užším slova smyslu je geriatrie označením specializačního lékařského oboru.“

### **1.4.1. Význam a cíle oboru Gerontologie/Geriatrie**

V důsledku stárnutí populace se velká část lékařů a sociálních pracovníků dostává a nesporně bude dostávat stále častěji do kontaktu s pacienty/klienty vyššího věku, zvláště pak s dlouhověkými seniory. Budou řešit jejich komplikovanou zdravotní a sociální problematiku. Hlavní důraz je kladen na včasnou diagnostickou a intenzivní léčebnou péči, především ale na složku rehabilitační a ošetrovatelskou. Již v současné době je spotřeba zdravotní péče ve věku nad 60 let velmi vysoká. Dle České geriatrické společnosti bylo v roce 2001 hospitalizováno 5 887 osob, zemřelo 1176 pacientů. Celkem bylo 178 427 ošetrovacích dnů, využití lůžek dosahovalo 297,8.

Dle české gerontologické a geriatrické společnosti je význam oboru Gerontologie/Geriatrie značný. Geriatrie rozpracovává do podmínek české společnosti a jejího zdravotnického systému mezinárodní zkušenosti a doporučení týkající se zdravotní a zdravotně sociální péče o seniory, především jejich integrace, participace, nediskriminovanosti a modifikace služeb. Zabývá se rovněž otázkami kvality péče se zvláštním důrazem na zařízení péče dlouhodobé. Primární prevence v rámci konceptu úspěšného stárnutí se stejně jako geriatrické poradenství obrací převážně na osoby středního a mladšího věku. „Cílem oboru je zlepšit zdravotní péči o pacienty vyšších a nejvyšších věkových skupin, dosáhnout zlepšení zdravotního stavu a funkční zdatnosti starší populace a zlepšit kvalitu života ve stáří se všemi medicínskými, společenskými, etickými a ekonomickými důsledky“ uvádí gerontologická a geriatrická společnost. A právě proto je nutné spojovat poznatky experimentální a sociální gerontologie. Důležité je také respektovat bio-psycho-sociální model zdraví a nemoci.

Cílem profesní přípravy budoucích odborníků je dosažení takového stupně znalostí, dovedností a postojů, aby byl specialista v geriatrii schopen poskytnout komplexní péči pacientům vyššího věku, zhodnotit zdravotní stav a sociální situaci pacienta, navrhnout a realizovat efektivní diagnostické a terapeutické postupy a preventivní opatření. Vzhledem k časté polymorbiditě, interdisciplinárnímu charakteru zdravotních poruch a postižení ve vyšším věku musí mít odborník dostatečné znalosti nejen z vlastního oboru, ale i dalších oborů.



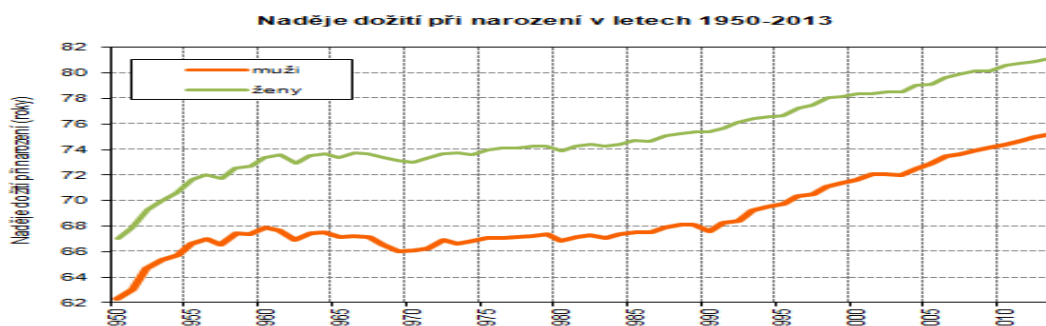
## 2. Demografické stárnutí a stáří

Zavázalová a kol. ( 2001, s.11 ) uvádějí, že „demografické stáří se měří podílem osob vyššího věku v populaci. Demografické stáří není totožné se stářím biologickým. Vztahy mezi biologickým stářím individua a demografickým stářím společnosti jsou velmi složité.“ Demografické stáří je samo sebou determinováno stářím biologickým. Intenzita působení biologického stáří stále vzrůstá v závislosti na blízkosti dosahované střední délky života maximální hranici lidského života. Na druhé straně rychlost a stupeň demografického stárnutí silně ovlivňují také sociální faktory. Pro demografické a společenské účely je nutné stanovit dolní hranici demografického stáří. Tyto hranice sice vychází z biologických kritérií, jsou však silně ovlivněny historicky, ale především současnými společenskými faktory. Dolní hranice stáří se posouvá k vyšším věkovým skupinám. Dolní hranice není vždy jednotná. Nejčastěji je udáván věk 60 nebo 65let.

Z demografického hlediska můžeme rozeznávat stárnutí absolutní a stárnutí relativní.

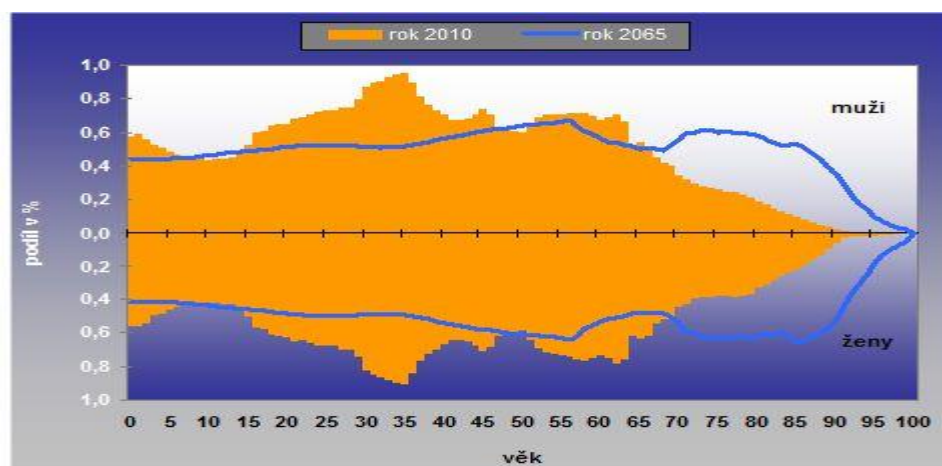
- Stárnutí absolutní – zvyšování počtu starých lidí v populaci  
– je výsledkem snižování úmrtnosti a prodlužování střední délky života
- Stárnutí relativní – zvyšování podílu starých lidí v populaci  
– je výsledkem snižování úmrtnosti ale také porodnosti

Dle Sýkorové ( 2007, s.40 ) je obyvatelstvo České republiky nyní historicky nejstarší, jeho věková struktura však patří prozatím k evropskému průměru. Autorka uvádí, že podle údajů ze sčítání lidu u nás, žijí dva miliony osob ve věku šedesát a více let. Ti tvoří necelé dvě pětiny obyvatelstva. Z více než tří pětín jde o jedince v tzv. třetím věku (60-74let). Muži umírají v průměru o šest až osm let dříve než ženy. To zřetelně formuluje strukturu seniorské populace podle pohlaví a rodinného stavu. Z grafu na obr. č. 1 je zřejmé, že naděje dožití stále vzrůstá. Je zřejmá také skutečnost, že ženy se dožívají více let oproti mužům.



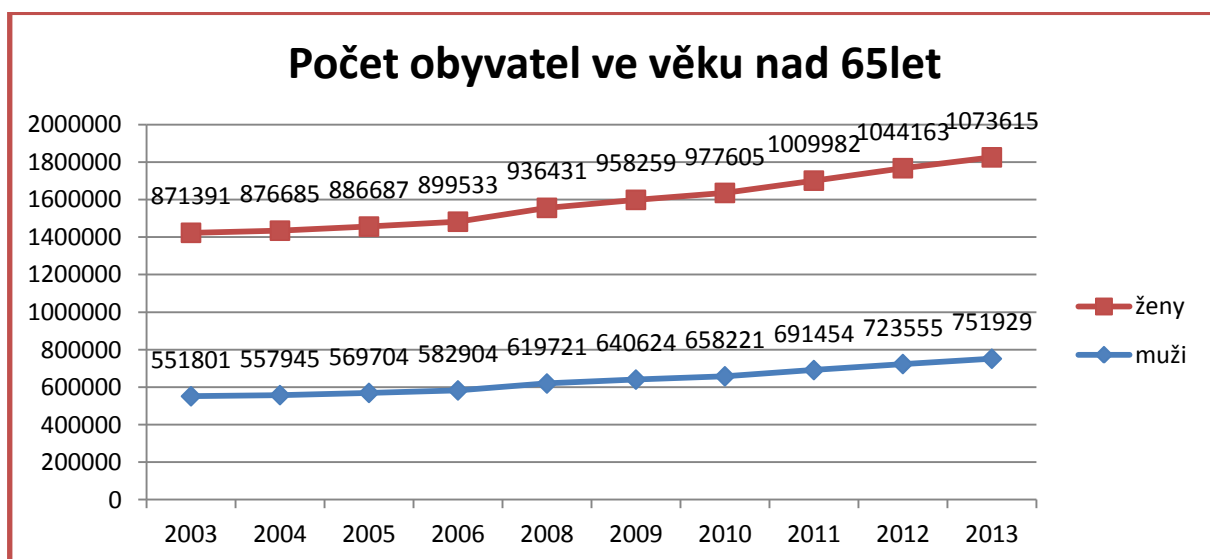
Obr. č. 1 : Naděje dožití mužů a žen v ČR v letech 1950-2013 (www.czso.cz)

Dle MPSV ( 2008, s.9 ) stále roste počet starých lidí. Předpokládá se, že v období let 2000 až 2050 se v hospodářsky vyspělých zemích zvýší počet seniorů. Do poloviny století by se v Česku počet lidí starších 65 let mohl zdvojnásobit. Podíl lidí ve věku 80 let a více se ztrojnásobí, avšak počet stoletých a starších vzroste 15,5 krát. Z grafu na obr. č. 2 je patrné, že struktura obyvatelstva se stále mění, že seniorské populace stále přibývá. Delší život a lepší zdraví jsou významné hodnoty ve společnosti. Taková společnost představuje příležitost pro ekonomický i sociální rozvoj.

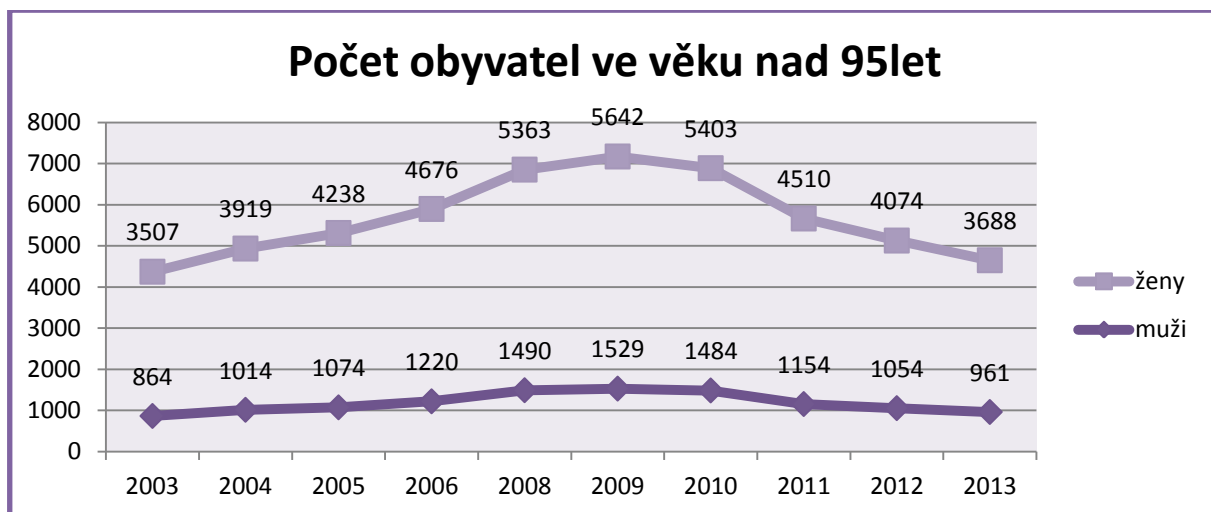


Obr. č. 2 : Reálná a předpokládaná věková struktura obyvatelstva České republiky v letech 2010 a 2065 ( [www.demografie.info](http://www.demografie.info) )

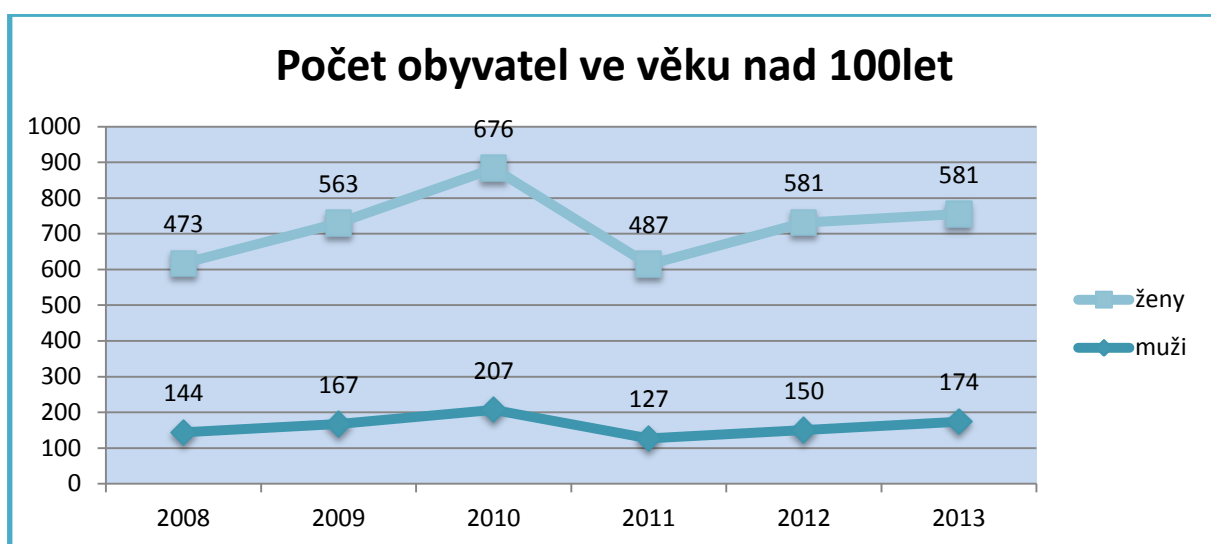
Obrázky č. 3, 4 a 5 zobrazují počet seniorů v České republice ve věku nad 65 let, nad 95 let a nad 100 let. Z obrázků je očividné, že počet seniorů je vysoký, přinejmenším vyšší než tomu bylo v minulosti. Obr. č. 3 znázorňuje, že obyvatel ve věku nad 65 let stále přibývá. Na obr. č. 5 je zřetelný mírný pokles, avšak v zápětí je viditelný opětovný vzestup. Obr. č. 4 zaznamenává seniory ve věku nad 95 let. V tomto grafu je viditelný pouze slabý pokles, ale vzhledem k vyjádření českého statistického úřadu se předpokládá opětovný růst.



Obr. č. 3 : Počet mužů a žen v ČR ve věku nad 65let v letech 2003-2013

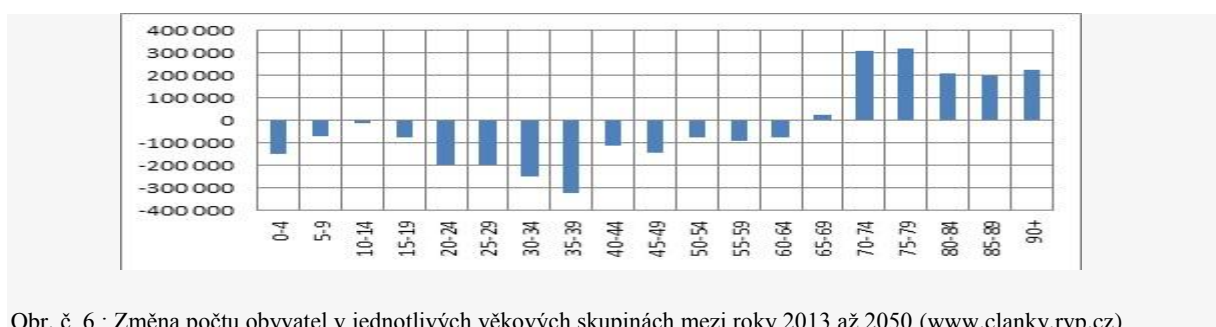


Obr. č. 4 : Počet mužů a žen v ČR ve věku nad 95let v letech 2003-2013



Obr. č. 5 : Počet mužů a žen v ČR ve věku nad 100let v letech 2008-2013

Dle Českého statistického úřadu by měl být celkový přírůstek obyvatel v roce 2050 kladný oproti roku 2013, především v Praze a Středočeském kraji. Počet dětí do 14 let by se měl snížit, oproti tomu počet osob ve věku 65 a více let by se měl stále zvyšovat ( do roku 2050 téměř o 1,3 mil. ). Stoletých a starších bylo již v roce 2014 evidováno 920. Změny v počtu obyvatel můžeme vidět v následující tabulce v obr. č. 6.



Obr. č. 6 : Změna počtu obyvatel v jednotlivých věkových skupinách mezi roky 2013 až 2050 (www.clanky.rvp.cz)

### 3. Klasifikace věku

Jak jsem již výše uvedla, doposud nebyla vytvořena jedna všeobecně uznávaná klasifikace stáří. Odborníci se neshodují na vymezení počátku stáří, ani na počtu fází, do kterých se stáří člení. Vše se mění v průběhu historie a především s prodlužující se délkou života člověka.

Za nejdůležitější ukazatel stáří se stále považuje kalendářní věk člověka, který je odvozen z data narození. Klasifikace vyššího věku bývají různé. Pro představu uvedu některé z nich.

Klasifikace J.A.Komenského dle projektu PedF UK:

1. Starý muž: 35 – 42 let
2. Kmet: 42 let a více

Klasifikace věku dle Hartla P. ( 1993, s.187 )

1. Počínající sénium: 60 – 74 let
2. Vlastní sénium: 75 – 89 let
3. Dlouhověkost: 90 let a více

Klasifikace věku dle Matouše M. a kol. ( 2002, s.11 )

1. Vyšší věk: 55 – 64 let
2. Vysoký věk: 65 – 74 let
3. Velmi vysoký věk: 75let a více

Klasifikace věku dle Holmerové H. a kol. ( 2003, s.16 )

1. Mladí senioři: 65 – 74 let
2. Staří senioři: 75 – 84 let
3. Velmi staří senioři: 85 let a více

### Klasifikace věku dle Americké geriatrické společnosti

1. Mladší stáří: 65 – 74 let
2. Stáří: 75 – 84 let
3. Velmi staří: 85 – 94 let
4. Dlouhověkost: 95 a více let

### Klasifikace vyššího věku dle Světové zdravotnické organizace (WHO):

1. Období středního věku: 45 – 59 let
2. Období raného stáří: 60 – 74 let
3. Období vlastního stáří: 75 – 89 let
4. Období dlouhověkosti: 90 let a více

Vyjma těchto základních dělení věku existuje dle Zavázalové ( 2001, s.13 ) mnoho dalších dělení obyvatelstva, především týkající se ekonomické aktivity. Tato dělení bývají velmi blízká uvedeným kritériím stáří, ale nejsou totožná. Jedná se především o dělení osob v produktivním věku, tedy věku ekonomicky aktivním a poproduktivním. Do roku 1995 byla hranice poproduktivního věku u mužů 60 let a u žen 55 let. Postupem času se tato dělení také mění a za mezinárodní hranici se bere obvykle u mužů věk 65 let a u žen 60 let. Ovšem každá země má své hranice. Není možné brát tato dělení za celosvětová.

Z mezinárodních hledisek je však velmi žádoucí, aby se tato dělení sjednotila. Především pokud se jedná o dolní hranici stáří. Tento posun by znamenal nejen jednotný důchodový věk, ale také přiblížení se ostatním zemím v Evropě i mimo ni.

## 4. Střední délka života

Dle České demografické společnosti je v mnohojazyčném demografickém slovníku definováno několik druhů délek života: normální délka života, což je věk, ve kterém lidé umírají nejčastěji, dále pravděpodobná délka života, neboli věk, pro který je stejná pravděpodobnost se ho dožít jako nedožít, střední délka života při narození o které budu v této kapitole hovořit a maximální délka života, což je věk, kterého se dožívají jednotlivci, a bývá předmětem studia dlouhověkosti.

Dle Českého statistického úřadu „vyjadřuje střední délka života (též naděje dožití) počet roků, který v průměru ještě prožije osoba právě x-letá za předpokladu, že po celou dobu jejího dalšího života se nezmění řád vymírání, zjištěný úmrtnostní tabulkou, zkonstruovanou pro daný kalendářní rok nebo jiné (zpravidla delší) období. Jedná se tedy o hypotetický údaj, který říká, kolika let by se člověk určitého věku dožil, pokud by úroveň a struktura úmrtnosti zůstala stejná jako v daném roce.“

Ukazatel se nejčastěji používá ve formě „Střední délka života při narození“ nebo „Naděje dožití při narození“, ve které vyjadřuje průměrnou délku života osoby právě narozené, samozřejmě za předpokladu setrvání úmrtnostních poměrů platných v roce, ve kterém se osoba narodila a pro který je sestavena úmrtnostní tabulka.

„Střední délka života (naděje dožití) se vzhledem k odlišnosti obou pohlaví zásadně uvádí zvlášť za muže a za ženy.“

„Střední délka života je dle státního zdravotního ústavu jedním z ukazatelů úmrtnosti, který je též používán jako ukazatel vyspělosti, socio-kulturního stupně vývoje společnosti či zdravotního stavu populace. Jedná se o syntetický ukazatel, který vychází ze specifických měr úmrtnosti (podle věku a pohlaví) v reálné populaci.“

Dle Janečkové a kol. ( 2009, s. 15 ) patří mezi základní údaje veřejného zdravotnictví:

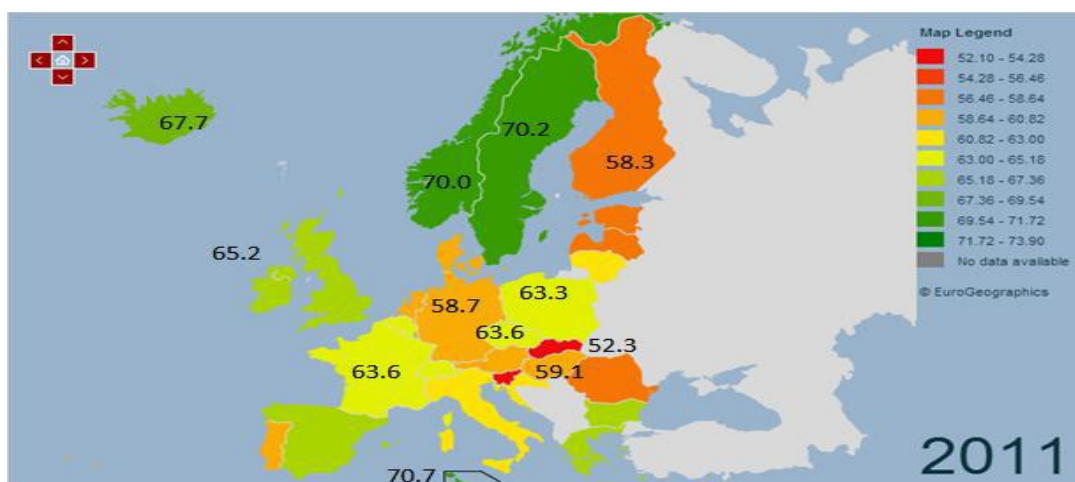
- Údaje o zdravotním stavu populace a jeho vývoj – zejména nemocnost a úmrtnost, **střední délka života a její trend**, kojenecká úmrtnost, úmrtnost dětí do pěti let a další věkové specifické úmrtnosti apod.
- Údaje o determinantách zdraví, hodnocení zdravotních rizik
- Údaje o poskytování zdravotní péče

Hamilton ( 1999, s.15 ) uvádí, že „střední délka života udává věk, ve kterém zemřelo padesát procent příslušné věkové skupiny. Porovnáme-li střední délku života mladých lidí v roce 1900 se střední délkou života v roce 1999, docházíme k mnohem menšímu rozdílu- zhruba sedmi letům. Srovnání hodnot příslušejících sedmdesátiletým a osmdesátiletým ukazuje ještě menší rozdíl- přibližně tři až čtyři roky. V případě stoletých je tento rozdíl otázkou měsíců. Čím déle tedy člověk žije, tím

méně je moderní společnost schopna prodlužovat jeho zbývajících život za hranici toho, co bylo běžné v dřívějších dobách. S pomocí kanadských pojistných tabulek Wilkins a Adams spočítali, že v oněch letech, které měli lidé v roce 1999 i dnes navíc, se asi ze 75% trápí bolestmi způsobenými jednou či několika chorobami a z nich plynoucími obtížemi. Tím podnítli používání pojmu střední délka aktivního života, což znamená průměrný počet zbývajících let, ve kterých mohou příslušníci určité věkové skupiny očekávat možnost aktivního života.“

Světová zdravotnická organizace doporučuje také sledovat střední délku života bez chronického onemocnění a střední délku života bez postižení. Údaje o délce života prožité ve zdraví neboli průměrné délce života bez postižení stanovují průměrný počet let, která mohou lidé určitého věku prožít bez postižení. Tyto průměrná léta jsou stanovena podle statistik. Podle Lisabonských strategií představuje tento ukazatel hlavní soubor evropských ukazatelů. Tyto ukazatele se používají např. k definici pojmu kvalita života, měření zaměstnanosti starších pracovníků, sledování zdraví jako činitele ovlivňujícího produktivitu, apod.

V následující tabulce na obrázku č. 7 můžeme vidět délku zdravého života u žen ve světě za rok 2011. Můžeme zde vidět, že rozdíly v délce zdravého života v rámci EU jsou větší než rozdíly v celkové střední délce života.



Obr. č. 7 : Délka zdravého života u žen v EU ([http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/06/13\\_Wija-Holmerova.pdf](http://www.cello-ilc.cz/wp-content/uploads/2013/06/13_Wija-Holmerova.pdf))

#### 4.1. Vývoj střední délky života

Vývoj úmrtnosti v ČR lze rozdělit dle demografického informačního portálu do pěti období.

##### 1. Nejstarší období vysoké úmrtnosti ( do roku 1700 )

Úmrtnost je značná, závislá především na vnějších podmínkách. Vývoj počtu obyvatel je ovlivněn třemi hlavními faktory: válka, hladomor, epidemie - největší morová epidemie v Evropě byla

v roce 1347. Českou republiku nejvíce postihl mor v roce 1380. Vysoká je hlavně kojenecká úmrtnost a úmrtnost dětí do 5 let. Hrubá míra úmrtnosti činila 35-40%, střední délka života je 25-30 let.

## 2. Období snižování úmrtnosti ( rok 1700 – 1900 )

Úmrtnost klesá, mizí morové epidemie, objevují se nové příčiny smrti, již však nejsou patrné tak velké výkyvy v úrovni ukazatelů. Zejména po roce 1750 došlo v Evropě ke zlomu - s hospodářskými a sociálními změnami během globální revoluce moderní doby se v průběhu demografické revoluce mění i úmrtnost a začíná období uvědomělého ovlivňování demografických procesů. Vedle toho dochází k pokrokům v oblasti lékařství (očkování apod.). Na přelomu století hrubá míra úmrtnosti činila v ČR zhruba 22%, střední délka života se pohybovala od 40 do 45 let. Kojenecká úmrtnost se, i přes určitý pokles, držela stále na relativně vysoké hladině.

## 3. Období světových válek ( rok 1900 – 1950 )

Za první světové války a krátce po ní se úmrtnost dočasně mírně zvýšila především v důsledku infekcí, špatné výživy apod. Od roku 1923 však obecně docházelo ke zlepšení úmrtnostních poměrů, rostla střední délka života, měnila se struktura příčin smrti. Do roku 1930 klesla hrubá míra úmrtnosti na 13%, kojenecká pod 100%, střední délka života se pohybovala od 59 do 64 let. Další pokles ukazatelů úmrtnosti narušila druhá světová válka. V jejím průběhu až do roku 1947 opět úmrtnost rostla, od roku 1947 byl zaznamenáván víceméně trvalý pokles úmrtnosti.

## 4. Období po druhé světové válce - přechod k civilizačním chorobám ( rok 1939 - 1990 )

V poválečném období se úmrtnost vyspělých zemí snižuje, dochází k rozvoji antibiotik, střední délka života se prodlužuje na 65 let, hrubá míra úmrtnosti se pohybuje okolo 15%.

Poválečný vývoj:

- V letech 1950-1960 je vývoj úmrtnosti velice příznivý, Česká republika zaznamenává jeden z nejrychlejších poklesů úmrtnosti v Evropě a může se srovnávat s vyspělými západoevropskými společnostmi. Velmi výrazný byl pokles kojenecké úmrtnosti. Střední délka života činila na konci tohoto období 67,5 let u mužů a 73,4 let u žen.
- V následujícím období však dochází k dalšímu epidemiologickému přechodu, kdy infekční onemocnění jsou nahrazena degenerativními a civilizačními chorobami (novotvary, nemoci oběhové soustavy), úmrtnost mírně stagnuje.
- Také v ČR docházelo po roce 1961 k zastavení poklesu úmrtnosti, a to zejména v souvislosti s vyčerpáním rezerv, zastavením technického rozvoje a především v důsledku špatného životního prostředí, nezdravého životního stylu apod. V roce 1969 činila střední délka života u mužů jen 66 let, u žen 73 let. V dalších letech se zvyšovala jen velice pozvolna, původní



hodnoty z roku 1960 dosáhl ukazatel u mužů znovu až v roce 1990, u žen činila střední délka života v tomto roce 76,1 let. Kojenecká úmrtnost se do roku 1990 snížila na 10%.

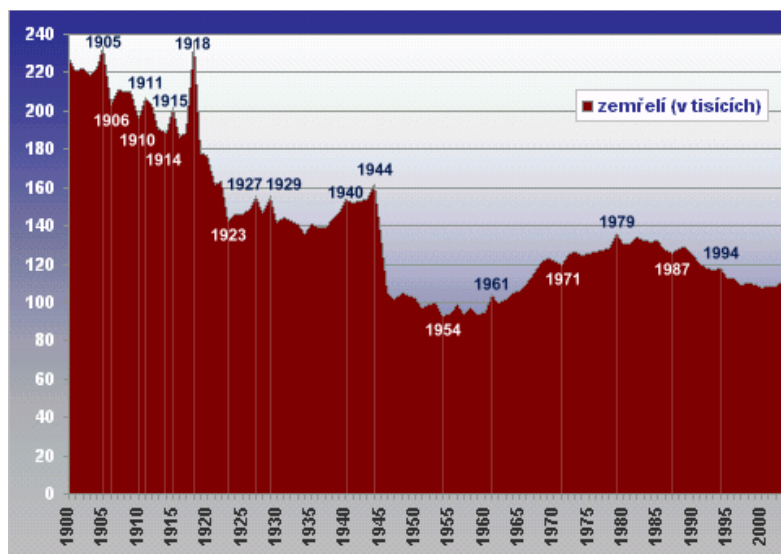
##### 5. Vývoj úmrtnosti po roce 1989

Zatímco v kapitalistických zemích od 70. let dochází ke zlepšování úmrtnosti, především vlivem uvědomělého přístupu ke zdraví a důrazem na zdravější životní styl klesá úmrtnost na kardiovaskulární nemoci, v socialistických zemích stagnace pokračuje i v 70. a 80. letech. K poklesu úmrtnosti dochází až po pádu komunismu. Úmrtnost v ČR po roce 1989 klesá, střední délka života se zvýšila na současných 72 a 79 let, kojenecká úmrtnost se snížila na 4%. V posledních třech letech dochází nejen k nárůstu počtu zemřelých, což je logickým důsledkem stárnutí obyvatelstva, ale také ke zpomalení poklesu standardizovaných ukazatelů úmrtnosti.

Dle Janečkové a kol. ( 2009, s. 46 ) žije v současné době v ČR 14,1% osob starší šedesáti pěti let. Naděje dožití dnešního šedesátiletého muže je 18 roků a stejně stará žena má naději dožití ještě více než 22let. Prognóza ukazuje na dlouhodobě stoupající podíl velmi starých lidí v populaci.

Počty dlouhověkých seniorů v ČR v posledních letech také rostou. Kalvach a kol. ( 2008, s. 40 ) uvádí, že v roce 2008 žilo v ČR přibližně 27 000 dlouhověkých osob, tedy osob ve věku nad 90 let. Poměr dlouhověkých žen k mužům je 4:1. Demografická naděje dalšího dožití dnes dosahuje ve věku 90 let 3,6 roku, ve věku 100 let 2,5 roku. Je tomu tak jak pro ženy, tak pro muže. Podle prognózy OSN bude v roce 2050 žít asi 2,2 milionu stoletých lidí v hospodářsky vyspělých zemích. Lidé starší 80 let by měli tvořit 9,6% populace. Lze hovořit o sociálně demografické výzvě, kdy se obecné dožívání stárí přesune na život v pokročilém věku neboli stárnutí populace k dlouhověkosti.

	Naděje dožití při narození	
	muži	ženy
1993	69,2	76,4
1994	69,5	76,6
1995	70,0	76,9
1996	70,4	77,3
1997	70,5	77,5
1998	71,1	78,1
1999	71,4	78,1
2000	71,7	78,4
2001	72,1	78,4
2002	72,1	78,5
2003	72,0	78,5
2004	72,6	79,4
2005	72,9	79,1
2006	73,4	79,7
2007	73,7	79,9
2008	74,0	80,1
2009	74,2	80,1
2010	74,4	80,6
2011	74,7	80,7



Obr. č. 8 : Vývoj absolutního počtu úmrtí na území dnešní ČR od roku 1900 (www.czso.cz)

- Obr. č. 9 : Naděje dožití při narození v letech 1993-2011 (www.czso.cz)

## 5. Dlouhověkost

Hartl ( 2009, s.39 ) označuje dlouhověkost jako „období lidského života nad devadesát let.“ Dlouhověkostí máme tedy na mysli pokročilé stáří.

Kalvach a kol. ( 2008, s.39 ) uvádí, že „dlouhověkost je pozitivní odchylka v průběhu stárnutí a v délce života.“

### 5.1. Dlouhověkost v historii

Trča ( 1987, s.11 ) uvádí, že již odvěkým přáním lidí je dožít se vysokého věku. Již v dávných dobách byly používány kouzelné byliny, nápoje a odvary, které měly zajistit dlouhověkost. Omlazovací prostředky a metody se používaly od starověku a některé možná zůstali až do dnes. V historii, mezi nejznámější můžeme řadit koupele královny Kleopatry, prodlužování života a omlazování lidskou krví, elixír profesora Willanovana, Baconova metoda prodlužování života, elixíry Hraběte Saint-Germain a mnoho dalších.

V bibli se uvádí, že neobyčejně vysokého věku se dožívali někteří lidé již v dávných dobách. Adam žil prý neuvěřitelných 930 let a Metuzalém dokonce 969 let. Dříve se soudilo, že tomu tak je především díky přirozenému způsobu života. Faktem však zůstává, že příslušníci některých afrických kmenů žijí také přirozeným způsobem života, tedy vlastně způsobem života dávných lidí, a přesto je jejich průměrná délka života zásadně kratší nežli obyvatelů vyspělých zemí. Vědci se domnívají, že se v dávných dobách věk lidí počítal docela jinak než dnes, anebo byl tehdejší rok mnohem kratší.

Haškovcová ( 2010, s.33 ) také zmiňuje skutečnost, že již od nepaměti si lidé přáli žít dlouho a dožít se vysokého věku. Historicky vzato se však jen málo osob dožilo vlastního stáří. Žít jako starý člověk bylo vysoce nepravděpodobné. Vysoká kojenecká úmrtnost dovolila přežít jen nejsilnějším. Naši předci umírali v mládí i dospělém věku především na infekční choroby. Například ve 14. století zemřela v Evropě masa lidí v důsledku pandemie moru neboli černé smrti. Později zasáhla Evropu cholera. Další příčinou úmrtí byly úrazy a nemoci, které jsou dnes již snadno vyléčitelné. Těžká fyzická práce, špatné hygienické podmínky, chudoba, žádná nebo velmi omezená lékařská péče a další faktory byly příčinou toho, že se umíralo příliš brzy a že se jen 2-4% populace dožívala vyššího věku. Kdekdo z věkově mladších kategorií si přál dožít se „požehnaného bájného stařeckého věku“, který s sebou přinášel zřetelné a společensky uznávané výhody, ale především úctu. Staří lidé předávali profesní i životní zkušenosti, byli pamětníky a komentátory prožitých dob. Po dobu několika staletí bylo vyzrálé stáří vzácné, a proto velmi žádoucí. Zásadní otázkou zůstává, kdo byl v těchto dávných dobách považován za starého člověka. S ohledem na střední délku života běžně býval za starého člověka považován padesátiletý občan.

Trča ( 1987, s.11 ) zmiňuje, že i v novověku se prý dožili někteří lidé neobyčejně vysokého věku. V knihách ze 17. století se píše, že se jakýsi Thomas Parr ze Solopu dožil 152 let. Narodil se

v srpnu 1483. Přežil vládu 10 anglických panovníků. Nejedl maso a nepil alkoholické nápoje. Jeho strava se skládala především z mléka, sýrů a chleba. Ještě ve svých 130 letech udržel krok se zemědělci při polních pracích. Pověsti o něm se dostaly až ke královskému dvoru. Sám anglický panovník Karel I. jej dal k sobě povolal. Zemřel při hostině u královského dvora v listopadu 1635. Při pitvě shledal profesor Harway, objevitel krevního oběhu jeho orgány ve velmi dobrém stavu. Jiná zpráva říká, že v roce 1934 zemřel, v Turecku jakýsi Zoro Aga ve věku 156 let. Oba muži žili klidným a střídavým životem. Většinu svého života trávili na venkově. Oproti tomu Christian Drachenberg, který žil v Anglii měl život neklidný a přesto se prý dožil 146 let. Byl obchodníkem a námořníkem. Zúčastnil se tří válek. V jedné z nich byl zajat piráty a prožil pak 15 roků v otroctví. Vůbec nejstarším člověkem byl prý jakýsi občan Indie, o němž podává zprávu italský historik Giovanni Pietro Maffei ve své knize „Historiarum indicarum libri“. V tomto díle se můžeme dočíst o urostlém Indovi, jemuž prý tehdy bylo 335 roků.

V knize Grusse ( 2009, s.40 ) se také můžeme dočíst o extrémní dlouhověkosti. Gruss zmiňuje např. dánského námořníka, který zemřel v roce 1772 v Aarhasu. Podle pověstí mu bylo 145 let. Dnes víme, že šlo pouze o báchorku. Podobných historek o prastarých (dlouhověkových) lidech je opravdu mnoho.

Jak lze vysvětlit, že se v minulosti dožili někteří lidé takto vysokého věku a že se zprávy o nich dostaly i do vědeckých kruhů? Odborníci ve statistice dávají dle Trči ( 1987, s. 41 ) toto vysvětlení. „V zemích hospodářsky a společensky velmi vyspělých byly úřední matriky zavedeny přibližně před 150 lety. O lidech narozených v dřívější době tedy sotva mohou existovat spolehlivé dokumenty. Údaje ze zemí hospodářsky a společensky zaostalejších nelze ani dnes považovat za spolehlivé. Sčítání lidu a statistické zpracování dat z těchto zemí se opíralo o hlášení, která někdy nebyla podložena autentickými dokumenty, a tak mohlo snadno dojít k rozsáhlému zkomolení dat.“ Jsou tedy údaje o takto starých lidech, které byly uvedeny pravdivé, nebo jde pouze o báchorky? Vědečtí pracovníci zabývající se stárnutím a stářím se domnívají, že nejvyšší skutečně dosažitelná délka života je přibližně 125 roků. Dle výsledků odborných šetření nedosahovali dlouhého života chudí lidé, ale překvapivě ani lidé majetní. Byli to lidé ze středních oblastí žijící prostým, střídavým, nikoli však asketickým životem.

Švédské výzkumy uvádějí, že před rokem 1800 bychom pravděpodobně nenašli člověka, který se dožil sta let a více. Ovšem jak jsem již zmínila, z doby před 19. stoletím neexistuje mnoho spolehlivých zdrojů. Většina matrik z této doby byla v průběhu let ztracena. Existuje mnoho zpráv o stoletých lidech, které však nejsou prokazatelné a musíme k nim přistupovat velice opatrně. Tendence přehánět byla v této době značná. Čím nižší je střední délka života, tím více mají lidé tendenci vzhledem k vysokému věku přehánět. To, co se v minulosti zdálo přehnané a nemožné, je dnes součástí našeho každodenního života.

Nejdelší život prožila žena z Francie. Oslavila celých 122let. Jde tedy o nejdelší život, který je možno doložit rodným a úmrtním listem a dalšími dokumenty. Jeane Calmentová se narodila v roce 1875 a zemřela roku 1997 ve městě Arles na jihu Francie. Návštěvníci ji nutili, aby jim prozradila svůj recept na dlouhověkost. Ona se vždy odvolávala na život v blahobytu, na svou každodenní sklenku vína a také na velké množství čokolády, které za život snědla. Uvedla také, že se vzdala své každodenní cigarety ve svých 119 letech. Jednomu z autorů řekla: „Pomalů si zvykám na to, že jsem prostě fenomén“. Tato žena je dodnes nejstarším člověkem světa. Její rekord nebyl překonán.

Jean Calmentovou se dožila velmi úctyhodného věku a díky tomu se stala samo sebou také předmětem zájmu mnoha lidí. Jsou o ni zmínky v mnoha publikacích. Zmiňují ji také Přírodovědci, komunikační projekt Přírodovědecké fakulty Univerzity Karlovy v Praze, v článku Lidská dlouhověkost: jak se dožít vysokého věku? Článek se zabývá především maximální možnou délkou lidského života, genetickými souvislostmi, apod. Níže uvádím krátký výňatek z článku, který zmiňuje právě Jean Calmentovou.

Článek č.1: „*Francouzští demografové zkoumali záznamy jejích rodičů, prarodičů, praprarodičů a předků v dalších dvou ještě starších generacích – celkem 62 přímých předků. Ukázalo se, že i oni dosáhli vyššího věku, než bylo v jejich době obvyklé. Ve městě Arles, kde žili, přitom museli překonat epidemii moru v roce 1721, několik hladomorů následujících po mimořádně chladných zimách a také několik epidemií cholery v 19. století. Jeanne Calment ovšem byla jediná v rodině, kdo překročil magickou hranici 100 let. Jen těsně se to nepodařilo jejímu staršímu bratrovi, který se dožil 97 let.*“

Za nejdéle žijícího muže dle České demografické společnosti je považován Japonec Jiroemon Kimura, který se dožil 116 let. V České republice lze považovat za nejstarší osobu Marii Míkovou, která se dožila 112 let. Zemřela však ve Vídni a je z toho důvodu považována za nejstarší Rakušanku. Za nejstarší Češku je tedy považována Marie Bernátková, která se dožila 111 let. Zemřela v roce 1968.

## 5.2. Fenomén dlouhověkosti pohledem současnosti

16. května 1996 pronesl David Mahoney projev, který nazval „Strategie stoletých“. Byl to jeden z prvních projevů, jež veřejně upozornily na představu, že věda a medicína umožní dosáhnout sta let a více, uvedl v knize Mahoney a kol. ( 2000, s.16 ).

Gruss ( 2009, s.40-49 ) uvádí, že v šedesátých letech 20. století bylo jednou z předpokládaných povinností německého kancléře osobně gratulovat lidem, kteří se dožili 100 let. Dnes jeho kancelář, a také spousta dalších, posílá jedno blahopřání za druhým: podle odhadů oslovilo během roku 2004 přes 10 000 lidí sté nebo ještě vyšší narozeniny. Ve většině zemí je naprostá většina dlouhověkých seniorů ženského pohlaví.

Česká televize uvedla na svých webových stránkách v článku o úmrtí 110leté Vlastimily Češkové, která se narodila 2. března 1905 také fakt, že mezi dlouhověkými vedou ženy.

Článek č.2: „*Mezi dlouhověkými obyvateli značně převažují ženy. Podle údajů sociální správy z poloviny loňského roku (roku 2014) žilo v Česku 920 stoletých či starších lidí, z toho 774 žen.*“

Johanes Heesters zpíval ve 102 letech v televizi, britská královna matka absolvovala během posledního roku svého života, tedy ve 101 letech, 51 veřejných vystoupení. Ačkoli se v obou případech jedná o privilegované osoby, reprezentují důležitý trend: nejsou pouze dlouhověké, ale jsou ve vysokém věku rovněž zdravější a aktivnější.

Přibývání letitých lidí je součástí fenomenálního procesu. Tuto skutečnost jsme mohli pozorovat během minulého století nejen ve vyspělých průmyslových zemích, ale i v zemích méně vyvinutých. Díky lepším životním podmínkám, stále rostoucímu ekonomickému blahobytu a také díky lékařskému výzkumu a péči ve vyspělých zemích světa, se stále více zvyšuje pravděpodobnost, že se lidé budou dožívat vysokého věku. Vyhlídka na dlouhý a aktivní život ve stáří je pro jedince samozřejmě velmi kladná. Celkové stárnutí společnosti může ale také být důvodem k obavám. Funkčnost zdravotních a sociálních systémů může být narušena, pokud bude stále méně mladých a stále více starých lidí. Je zde riziko následného negativního vlivu na ekonomický rozvoj, společenské soužití a také na průběh života jednotlivců.

Dle Čevely a kol. ( 2012, s.113 ) je dlouhověkost fyziologickým modelem přirozeného stárnutí. Dlouhověcí lidé představují prototyp zvýšené odolnosti k nemocem a stresu vůbec, včetně dobré přizpůsobivosti ke změnám v životě. Míra vzájemně provázané zdatnosti, odolnosti a adaptability zůstává déle na vysoké úrovni a klesá pomaleji než u ostatních. Čevela uvádí, že pro uvažování o životě ve stáří a o jeho sociálních souvislostech je zásadně důležité, že:

- Dlouhověkých lidí ve společnosti stále přibývá (stávají se závažným sociálním fenoménem)
- Dlouhověkost není spojena z demografického hlediska s expanzí nemocnosti (přibývání dlouhověkých lidí je důsledkem lepšího zdraví)
- Dlouhověkost mění proporce či vymezení ontogenetických fází
- Dlouhověkost přináší více existencionálních výzev (o smyslu života, seberealizaci, apod.)
- Přibývání dlouhověkosti zvyšuje heterogenitu seniorské populace a vytváří závažné členění společnosti na subpopulaci krátkověkou a subpopulaci dlouhověkou
- Dlouhověkost a variabilita zhoršování potenciálu zdraví v souvislosti se stárnutím a ve stáří staví nové výzvy zdravotnickým systémům nejen kvantitativně, ale především kvalitativně

Gruss ( 2009, s.52 ) uvádí, že od doby, kdy se začal zkoumat fenomén dlouhověkosti, se stále znovu objevují pokusy zjistit maximální možnou, biologicky nepřekonatelnou hranici života. Všechny maximální hranice byly zatím vždy překonány. Představa biologicky stanovené maximální možné délky lidského života je u spousty lidí zakotvena a objevuje se také ve vědeckých studiích o dlouhověkosti. Nic však nenaznačuje, že by se neustálé prodlužování střední délky života mělo zastavit. „Stáří je plastičtější, než je všeobecně zažitá představa a než tvrdí klasická evoluční teorie“ zmiňuje Gruss. Je překvapivé, že stáří ve vysokém věku se může zpomalovat, nebo může dokonce stagnovat.

Studiem dlouhověkosti se zabývalo již mnoho vědců. Je velmi důležité nezaměňovat to, zda a jak stárneme (stáří), s otázkou, jak dlouho žijeme (fenomén dlouhověkosti). „Dlouhověkost ukazuje, na jaké časové škále se určitý organismus pohybuje, zatímco stárnutí popisuje, jak se s věkem mění mortalita a fertilita. Dlouhověké živé organismy nejsou synonymem pro málo stárnoucí organismy, protože délka života v podstatě neříká nic o tom, zda se organismus stává s přibývajícím věkem stále chatrnějším, nebo ne. Dlouhověkost je kvantitativní fenomén. Stárnutí a dlouhověkost popisují dva různé fenomény, ale není možno je studovat odděleně“ uvádí Gruss.

Překvapivým závěrem epidemiologických a demografických studií prováděných po mnoho století je právě skutečnost, že dlouhověcí lidé mají pouze velmi málo společného: mají rozdílný původ, různé životní osudy, jiný způsob života, různou pracovní zátěž a velmi rozmanité stravovací návyky. Předpoklady dlouhověkosti tedy ještě stále neznáme. Věda nám neumí nabídnout více, než nám po staletí radí naše matky: jíst hodně zeleniny, celkově jíst přiměřeně a pravidelně, dostatečně se pohybovat, ale ne zase moc, nekouřit a nepít alkohol, číst a vzdělávat se, v mrazu si nasadit čepici a užívat si život. Později máme radí, abychom si nechali pravidelně kontrolovat krevní tlak a hodnoty cholesterolu a vůbec šli k lékaři hned při prvních známkách onemocnění.

Mahoney a kol. ( 2000, s.16 ) také uvádí, že k dosažení dlouhověkosti je nutná kombinace několika faktorů, mezi které patří: genetická výbava, vytvářející předpoklady k dlouhodobému přežití, pozitivní vztah k životu, schopnost překonávat stresy, zdravý prospěšné návyky, které snižují riziko onemocnění, zdravý rozum, potřebný k zvládání problémů každodenního života. Důležité je také mít štěstí a nedostat těžkou nemoc a vyhnout se vážným úrazům.

Sak ( 2012, s.91 ) uvádí tyto příčiny vysokého věku:

- Genetika: lidé s dlouho žijícími předky obvykle mají také dlouhý život
- Pohlaví: ženy žijí déle než muži
- Stavba těla: leptosomální typy (s tenkými končetinami) žijí déle
- Lokace: ti, kteří žijí v mírném klimatu nebo bezkonfliktním městě nebo vesnici, žijí déle
- Stravování: lidé s přiměřenou stravou žijí déle

- Manželství: dlouhodobě ženatí muži se s větší pravděpodobností dožijí 70 a více let, u žen se tato souvislost neprojevila
- Čas strávený ve škole: podle vědců jediný rok prodloužení studia prodlouží život průměrně o osmnáct měsíců
- Obyvatelé asijských národů patří mezi nejdéle žijící (často konzumují ryby i zeleninu), dlouhověcí rekordmani patří mezi mírně podvyživené
- Antioxidanty: chrání proti volným radikálům
- Hodina zvýšené fyzické aktivity denně: může zvýšit reálný věk o dva až pět roků

Mnoho vědců si stále láme hlavu nad tím, jak je to u dlouhověkosti s genetikou? Dle Grusse ( 2009, s.48 ) studie ukazují, že dlouhověkost je geneticky podmíněna pouze z jedné čtvrtiny. Z toho můžeme tedy odvodit, že dlouhověkost můžeme zdědit pouze do určité míry. Známe dnes spoustu genů, které náš život zkracují. S geny pro dlouhověkost je to obtížné. „Dosud byl nalezen pouze jeden jediný gen, gen APOE pro bílkoviny apolipoprotein E, který podporuje dlouhý život, ale jeho přínos pro celkovou dlouhověkost je samozřejmě minimální. Jeho objevení však svět povzbudil v hledání dalších genů odpovědných za dlouhověkost.“ Je nepravděpodobné, že existuje jeden gen, který by měl na dlouhověkost výrazný vliv. Lze předpokládat, že se bude jednat o mnoho genů s malými účinky.

V knize Mahoneyho a kol. ( 2000, s.16 ) je také uvedeno, že dlouhověkost není příliš našimi geny ovlivňována. Jedna studie dlouhověkosti ukázala, že dvě populace s geneticky rozdílnou dlouhověkostí se vzájemně lišily dobře známými faktory: výživou, úrovní fyzické aktivity a národními či etnickými rituály uvolňujícími stres. Výzkum také ukázal, že dlouhověkost v určitém regionu je ovlivněna místními zvyklostmi, k nimž patří míra úcty ke starším občanům, zájem o výchovu dětí a řešení rodinných a regionálních problémů. Studie také prokázala, že životní spokojenost a zdraví jsou dvě úzce související složky adaptace, tedy přizpůsobení se životním podmínkám. Důležitou roli zde také hrají rozumové schopnosti, umění zdolávat životní potíže, činnost, naplnění času a zdraví prospěšné chování.

Článek, který zveřejnil internetový portál Novinky.cz, uvedl skutečnost, že dlouhověkost je ovlivněna životním stylem více než geny. Výňatek z článku uvádím níže.

Článek č.3: „*Proferos Perez z Barcelonské autonomní univerzity sledoval se svými kolegy 114 let starého muže. Jeho výborný zdravotní stav prý souvisel s životním stylem, středomořskou stravou, mírným klimatem a pravidelnou fyzickou aktivitou. Vědci sledovali strukturu jeho kostní hmoty a provedli také analýzu jeho DNA. Do studie byli zahrnuti rovněž čtyři další členové jeho rodiny. Genetická analýza ale neodhalila žádné speciální mutace genu KLOTHO, který ovlivňuje minerální hustotu kostí. U staříka také nebyly objeveny žádné speciální mutace genu LRP5, který podle všeho souvisí s dlouhověkostí. Ačkoli vědci nevyloučili, že by mutace některých genů mohly mít vliv na dlouhověkost, pokročilý věk a perfektní zdravotní stav členů sledované rodiny podle nich souvisí s*

*životním stylem ve Středomoří, mírným klimatem na ostrově, pravidelným pohybem a minimálním stresem. Studie byla otištěna v odborném časopise Journal of Gerontology.“*

O příčinách stárnutí vědci diskutují již dlouhá léta. Do popředí se dostaly dle Mahoneyho ( 2000, s.16 ) dvě hlavní teorie. První teorie „programového stárnutí“ vychází z předpokladu, že stárnutí je výsledkem genetického programu. Délka lidského života tedy závisí na pochodech, které začínají při početí a trvají po daný počet let. Druhá teorie předpokládá, že stárnutí je důsledkem náhodného hromadění poruch chemických procesů – zejména tvorbou nestálých molekul, tzv. volných radikálů. Podle této teorie je tedy stárnutí výsledkem poškození DNA.

Mahoney také zmiňuje „Studii stoletých“ Leonarda Poona. Tato studie také uvádí, že extrémní dlouhověkost je výsledkem souhry mnoha různých faktorů. V jeho výzkumu je ale překvapivé, že se nepotvrdila populární představa, že přijímání či odmítání určitého druhu potravy podporuje dlouhověkost. Jiná studie stoletých, provedená v Nové Anglii přinesla také zajímavé skutečnosti. Mnozí století, kteří se účastnili této studie, uvedli, že ve svých devadesáti letech byli v zaměstnání, sexuálně aktivní, radovali se z přírody a z umění. Byli tedy i v pokročilém stáří velice aktivní.

„Na základě současných poznatků můžeme počítat s následující rozložením vlivu: 25% rozdílu v délce života jednotlivců můžeme připisovat genetickým faktorům, 10% životním podmínkám během prvních 10 let života a zbylých 65% životním podmínkám a okolnostem během dalšího průběhu života. Do jakého sociálního prostředí se dítě narodí, jaká je rodinná ekonomická situace, jaké možnosti vzdělání má dítě, jak je vyživováno a zda muselo přestát nějaká vážnější onemocnění – to vše ovlivňuje, jak dobře je mladý dospělý vybaven pro vysoké stáří. Životní styl a životní okolnosti ve vysokém věku také výrazně ovlivňují konečnou délku života“ uvedl Gruss ( 2009, s.49 ).

Pokrokovou výzkumnou oblastí v rámci nemocnosti ve stáří je také regenerativní medicína. Přispívá ke zvládnutí nemocí ve stáří. Zatím sice ještě nejsou známy průkopnické objevy v rámci výzkumu kmenových buněk nebo nanotechnologie, které by měli mít vliv na přežití ve vysokém věku. Pravdou však je, že před 40 lety si také nikdo neuměl představit, že by se šance přežít infarkt zpětinasobila nebo že by tak razantně klesla úmrtnost na rakovinu. Ambice výzkumu a vývoje směrem k prodloužení života jsou velké. Rozhodně nejsou zatím vyčerpány. Prognózy dle statistického úřadu předpokládají lineární vývoj průměrné délky života. Opírají se o analýzy časových řad. Na základě teorií by podle výpočtů měla být v roce 2050 očekávaná střední délka života výrazně přes 90let.

Čevela a kol. ( 2012, s.23 ) uvádějí, že schopnost zpomalit biologickou involuci a prodloužit naději dožití je možné pouze jediným doposud známým postupem. Jde o kalorickou restrikcii, což



znamená, že člověk omezí energetický příjem potravou bez hladovění. Tím poté dochází k pozitivnímu přizpůsobení metabolismu s poklesem produkce volných radikálů a také ke snížení glykace bílkovin.

Podle prognóz německého statistického úřadu dle Čevely a kol. ( 2012, s.23 ) stoupne podíl lidí nad 80 let od roku 2001 do roku 2050 z 3,9% na 12%. Podíl se tedy ztrojnásobí. Neznaменá to ale, že se procentuálně zvýší počet lidí, kteří budou odkázáni na péči ostatních. Studie Rostockého centra pro výzkum demografických změn uvádí, že se v letech 1991-2003 snížil počet lidí odkázaných na péči ostatních. Počínaje rokem 2000 však autoři předpovídají nárůst potřeby péče o nemohoucího do roku 2030 o 120% u žen, a dokonce o 179% u mužů. Dnes je na péči ostatních odkázáno o 68% více žen než mužů. Riziko, že člověk bude odkázán na péči ostatních, sice roste s věkem, ale také se ukazuje, že vzdělání a následná informovanost a povědomí o vlastním zdraví mohou onu závislost výrazně odsunout.

I když přibývá a stále bude přibývat dlouhověkých lidí, nepřesáhne pravděpodobně naděje dožití při narození 85-90let. Bude tomu tak i v případě, že by se medicínsky podařilo vyřešit úmrtnost na aterosklerózu a nádorová onemocnění. V úmrtnostní i pojišťovací statistice se dle Čevely a kol. stále používá matematická zákonitost vymírání věkových kohort formulovaná v roce 1825 B. Gompertzem (tzv. Gompertzův zákon) a korigovaná v roce 1867 W. H. Makehamem pro násilná úmrtí. Jde o matematické vyjádření zákonitosti vymírání věkových skupin podle teorie spolehlivosti. Tato teorie zastává názor, že v časně dospělosti je pravděpodobnost smrti přímo úměrná věku, a to bez ohledu na příčinu.

### **5.2.1 Projekt Dlouhověkost bez léků**

Projekt „Dlouhověkost bez léků“ byl spuštěn 1. července 2012 a ukončen 30. června 2014. Hlavní garant a vedoucí vědecké rady projektu je přednostka pracoviště preventivní kardiologie IKEM Doc. MUDr. Věra Adámková, CSc. Projekt vznikl za spolupráce s Fakultou biomedicíny ČVUT. Projekt podporuje Ministerstvo školství, mládeže a tělovýchovy, Evropská unie, Evropský sociální fond v ČR a OP vzdělávání pro konkurenceschopnost. Projekt spustil také svoji internetovou verzi, kde mohou rady ke správnému životnímu stylu či zdravému pohybu nalézt zdraví i nemocní všech věkových kategorií.

Vedoucí vědecké rady projektu Doc. MUDr. Věra Adámková, CSc. mi při setkání sdělila, že hlavním cílem projektu je účinným způsobem popularizovat a propagovat nové poznatky z výzkumu závažných chorob a možnosti jejich prevence a léčby minimalizující užívání léků. Také mě upozornila na fakt, že civilizační choroby, jako je cukrovka, onemocnění srdce, obezita či nádorová onemocnění ohrožují stovky tisíc lidí, a to samozřejmě nejen v České republice. Nefarmakologické možnosti ovlivnění zdravotního stavu nejen nemocných je velmi závažné celospolečenské téma. Proto Institut klinické a experimentální medicíny v Praze spustil projekt Dlouhověkost bez léků. Projekt se tady

snaží upozornit především na nefarmakologické postupy. Dle vedoucí projektu nejsou v české populaci změny životního stylu příliš oblíbené, protože je v mnoha případech jednodušší spolknout pilulku nebo se nechat operovat. Je samozřejmé, že farmakologická léčba výrazně pomohla ke zlepšení zdravotních kritérií moderní civilizace, současně ale s sebou přináší komplikace spojené se zásahy do fyziologie organismů. Řadu rizik civilizačních chorob můžeme zmírnit dodržováním zdravého životního stylu.

„Výsledky současné vědy ukazují, že lepší zdravotní péče, nové metody a možnosti v biochemii a genetice a individuální přístup pacienta ke své nemoci prodloužily dobu dožití až k 80ti letům. Každý člověk je ale jiný a odhad délky jeho života je obtížný kvůli různým faktorům, které ji ovlivňují. Navíc vysoký věk často není synonymem i pro kvalitu života. Je proto důležité zaměřit se na každou věkovou skupinu a definovat, jak by Tito lidé měli jíst, zdravě a bezpečně se pohybovat či běžným chorobám předcházet a to vše za pomoci výsledků nejnovějších výzkumů a bez pomoci léků“ uvádí pracoviště preventivní kardiologie IKEM na svých webových stránkách.

V projektu je upozorněno na fakt, že zdravotní stav každého jedince a délka dožití je výsledkem kombinace vrozených, genetických dispozic a jeho životního stylu. Vysoký věk nemusí ale nutně souviset s kvalitou života. Dlouhodobě existují snahy odhadnout, jaké je riziko určitého onemocnění a do jaké míry ho můžeme svým chováním ovlivnit. Na toto téma existuje spousta článků, dostupných především na internetu. Naprostá většina těchto odborných doporučení a hodnocení je subjektivním dílem autora, nemá žádný vědecký základ a spousta těchto tvrzení byla dokonce odbornými studiemi jednoznačně vyvrácena. Proto je vždy nezbytné hledat otázku na definici rizika onemocnění pouze a jen u odborníků.

## 6. Specifika problematiky dlouhověkých seniorů

Erikson ( 1999, s.110 ) uvedl ve své knize myšlenku, která mne zaujala. Napsal, že se v naší zemi staré nepotřebné věci odkládají na skládky. V moderní společnosti se však zavedlo recyklování, což na chvíli prodlužuje užitečnost starých věcí a zabráňuje přetěžování země nerozkládajícími se uloženinami trosek. Staré lidi však nedáváme na smetiště, ale určitě neděláme dost pro jejich „recyklování“. Autor uvádí, že obvyklý postoj ke starým lidem je ohromující. Historické, antropologické i náboženské dokumenty udávají, jak byli kdysi dlouhožijící staří lidé oslavováni a uctíváni. Naše století však přináší nový pohled. Odpovědí na seniory je často výsměch, slova opovržení a dokonce i odpor.

Světová zdravotnická organizace - WHO považuje za rizikové tyto seniory:

- osoby starší nad 80 let
- páry starších osob, kde je jeden z partnerů vážně nemocen
- starší osoby žijící osaměle
- staré svobodné a osamělé ženy (například ovdovělé)
- starší osoby žijící v institucionálních zařízeních
- starší bezdětné osoby
- izolovaní staří lidé
- staří lidé s vážnými zdravotními komplikacemi
- staří lidé ve špatné ekonomické situaci

Když se zamyslíme nad tímto seznamem, nad těmito rizikovými seniory, které stanovila WHO je očividné, že dlouhověcí senioři jsou tou nejrizikovější skupinou. Dlouhověcí senioři zároveň splňují řadu dalších kritérií uvedených v tomto seznamu.

Hrozenká ( 2013, s.26 ) uvádí ve své knize indikátory stanovené WHO, dle kterých je možno stanovit kvalitu života seniora. Patří mezi ně fyzické zdraví, psychické zdraví, úroveň nezávislosti, sociální vztahy, prostředí a spiritualita. Fyzické zdraví ovlivňuje energii seniora, únavu, bolest, spánek. Psychické zdraví vyjadřuje image, pozitivní a negativní city, sebehodnocení, způsob myšlení, učení a pozornost. Úroveň nezávislosti lze spatřit v pohybu, denní aktivitě, pracovní kapacitě, závislostech na lécích. U sociálních vztahů máme na mysli především osobní vztahy, sociální oporu, sexuální aktivity. Prostor je také jedním z ukazatelů. Je zde důležitá svoboda, bezpečí, zdravé prostředí, sociální péče, domov, přístup k informacím, přístup k finančním zdrojům, účast na rekreaci, cestování. A v neposlední řadě je mezi indikátory řazena také spiritualita, kterou vyjadřuje především osobní víra a přesvědčení, hodnotová orientace.

Pokud tyto indikátory stanovují kvalitu života seniora, jak to může být s kvalitou života dlouhověkých seniorů? Předně je důležité si uvědomit, že kvalita života je vysoce individuální. Na každého dlouhověkého seniora musíme pohlížet jako na jedinečnou bytost. Aby byl dlouhověký senior spokojený, aby byla jeho kvalita života na vysoké úrovni, je nutné uspokojovat jeho potřeby, jakož jsou kvalitní bydlení, vhodná strava, dostatek aktivit, mezilidské kontakty, dostatek koníčků a zájmů, apod. Přirozeným krokem je především podpora jejich zdraví s důrazem na zlepšení funkčního stavu. Důležitá je orientace na úspěšné zdravé aktivní stárnutí. Ve stáří často dochází ke snížení fyzického zdraví. S tím spojená nezávislost a soběstačnost je ve vysokém věku také velmi zasažena. Senior se musí vyrovnat se snížením fyzických sil, ale také se snížením sil psychických, s velkými změnami zdravotního stavu, také např. se ztrátou bydlení, ztrátou partnera a s dalšími faktory zasahujícími stáří. Tyto skutečnosti způsobují, že kvalita života dlouhověkých seniorů nebývá příliš vysoká. Není však pravidlem, že u každého dlouhověkého seniora je kvalita života nízká. Pokud jsou senioři aktivní, dodržují zdravou stravu, mají koníčky, přátele, rodinu může být kvalita jejich života vyšší než kohokoli z nás.

V následujících podkapitolách se budu věnovat jednotlivým rizikovým situacím v životě dlouhověkých seniorů.

## **6.1. Manželství a ztráta životního partnera**

Tošnerová ( 2009, s.46 ) zmiňuje, že se léta strávená ve společném manželství mění různými událostmi, které se bezprostředně týkají manželského páru a lidí kolem něj. Manželství se také dotýká reakce na ony události. Záleží na povaze, na představách, ale i iluzích, které jsou pokládány za realitu. Jedná se například o představy tradičně zastávaných partnerských rolí v manželství, a o očekávání. „S přibývajícím věkem se díky změněné zdravotně-sociální situaci role nemusí naplnit. Mohou být provázeny značnou deziluzí, především ze strany žen, od nichž se očekává role pečující.“

Partnerský vztah starších lidí je dle Vágnerové ( 2007, s.368 ) ovlivněn jak dlouhověkým soužitím, tak proměnami vyplývajících z postupného stárnutí. Manželská spokojenost má ve stáří dle výzkumů mírně stoupající tendenci. Senioři jsou většinou v manželství spokojenější. Na druhé straně samo stáří a eliminace různých možností nečiní manželství automaticky kvalitnějším. Výsledky výzkumů ukazují, že spousta manželských párů se spolu naučilo žít. Žijí však s partnerem, nikoliv v partnerství. Důvody zhoršení manželského soužití mohou být různé.

Může to být odchod do důchodu, kdy zásadní změna stylu života představuje zátěž i pro manželství. Lidé mají strach z izolace v rodině a ze vzájemného přesycení, zvyšuje se také riziko nárůstu neshod a konfliktů. Odchodem do důchodu dochází ke změně vztahů mezi manžely, která vyplývá ze změny rolí a s nimi spojeného statutu.

Dále to může být změna životního stylu. S přibývajícými změnami danými zhoršením zdravotního stavu a úbytkem různých kompetencí se denní režim starých lidí mění v závislosti na jejich možnostech. Typickou změnou je postupné zpomalování tempa a redukce každodenní činnosti.

Důležitým aspektem partnerského vztahu je také intimita. Ve vztahu starých lidí se objevují nové projevy intimity. V tomto věku je důležitá především jistota blízkosti a sdílení života. Avšak i ve stáří může mít intimita podobu sexuality. Z výzkumů vyplývá, že nezanedbatelná část lidí má i ve stáří sexuální potřeby a dovede je uspokojovat. Na druhé straně bývají sexuální potřeby starých lidí méně intenzivní, než byly dříve, vzrušení je slabší a stejně tak i prožitek vyvrcholení. Sexuální, popřípadě erotický kontakt však podporuje u seniorů sebevědomí a sebeúctu, uvolňuje napětí a úzkost.

Také zhoršení zdravotního stavu může mít velký vliv na manželství. Nemoc partnera představuje náročnou životní situaci, je zdrojem častého a dlouhotrvajícího stresu. Pod vlivem těžké nemoci jednoho z manželů se mění role obou, a stejně tak i jejich vzájemné vztahy. Nemocný člověk se dostává do submisivní a závislé pozice. Pečující získává dominantní postavení a sním spojenou moc, ale také značnou zodpovědnost, leckdy větší než je schopen unést. Pro staršího člověka může být každodenní péče fyzicky i psychicky příliš náročná.

Běžnou, ale velkou zátěží, kterou přináší stáří je smrt manželského partnera. I když jde o vysoce pravděpodobnou událost, lidé na ni nebývají připraveni. Ve stáří je ztráta celoživotního partnera téměř nenahraditelná a ovlivní všechny složky života starého člověka. Ženské truchlení mívá bouřlivější průběh, ženy svoje emoce nepotlačují, dovedou je projevit a sdělit. Ženám trvá déle zvládnout zátěž odvodění než mužům. Mužské truchlení je jiné. Muži se neoddávají truchlení tolik jako ženy, svoje emoce potlačují. Projevy smutku mohou být u mužů skryty za somatickými potížemi nebo mohou mít podobu hněvu a vzteku. Smrt partnera bortí člověku perspektivu společné budoucnosti a společných plánů. Vede ke ztrátě jednoho významného smyslu života a důležité složky identity. Z toho vyplývá zvýšení pocitu ohrožení, prázdnoty a osamělosti.

Manželství dlouhověkových seniorů může být dle mého názoru stejně rizikové jako u samotných seniorů. Dokonce může být méně rizikové než např. manželství mladých lidí. Odlišná jsou především rizika, která mohou dlouhověké manžele potkat. Rizikové však může být samotné dlouhověké manželství, které sebou přináší různé změny v závislosti na věku. Dlouhověcí senioři tak nemusí být schopni normální komunikace a především intimního soužití a tak může vzniknout vzájemné odcizení. V takto vysokém věku je manželství podrobena mnoha zkouškám. Největší rizikovou situací u dlouhověkových manželů jsou dle mého názoru problémy v komunikaci mezi manžely, finanční situace manželů, nemoc manžela/manželky, či úmrtí jednoho z manželů. Opět, zde zůstává fakt, že i dlouhověká manželství mohou být stále naplněna láskou, přátelstvím, porozuměním, tolerancí, apod. Tato manželství jsou výsledkem dennodenní aktivity, pozitivní kultivace a zvelebováním vztahu ze strany muže i ženy, ale také výsledkem opravdové lásky.

## 6.2. Chudoba ve stáří

I když chudobu nelze chápat jako univerzální či samozřejmou součást stáří, patří právě stáří k fázím životní dráhy, během níž jsou lidé vůči chudobě zranitelnější. Zejména dlouhověcí senioři jsou chudobou velmi ohroženi.

Sýkorová a kol. ( 2014, s. 17 ) uvádí, že senioři se potýkají s potížemi s uspokojením některé ze základních potřeb, zejména s hrazením nákladů na bydlení. Náklady totiž nyní rostou rychleji než příjmy domácností. Sociální příjmy - důchody, případně dávky státní sociální podpory nijak mimořádně nezmiňují rizika chudoby. Je důležité zdůraznit téměř výhradní závislost seniorů na státní penzi, a tudíž citlivost vůči výkyvům v její výši. Je zřejmé, že životní úroveň seniorů se zásadně odvíjí od objemu starobní penze. Pro vdovce a zejména vdovy je podstatná výše pozůstalostní penze. „Nepřehlédnutelné je, že podstatná část seniorů hodnotí důchody jako nedostatečné pro prožití důstojného stáří a že se cítí být chudá“.

Výrazně příznivější je samozřejmě finanční situace ekonomicky aktivních, tedy mladších seniorů. Dlouhověcí senioři jsou však ve většině případů ekonomicky neaktivní a to zejména kvůli vysokému věku a s ním spojenou diskriminací seniorů na trhu práce. Tato diskriminace může mít spojitost s pocitem, že dlouhověcí senioři už na většinu věcí nestačí, že nebudou schopni se správně rozhodovat a odpovídajícím způsobem jednat. Samozřejmě může být důvodem také vysoká nemocnost a křehkost seniorů. Finanční situace dlouhověkých seniorů tedy není v této době příliš příznivá. Však porovnáme-li seniory a mladé rodiny s dětmi, nelze seniory označit za chudé. I přes to jsou příjmy naprosté většiny seniorů na hranici chudoby.

Oumlil a Williams v této souvislosti poukázali dle Sýkorové na „nižší míru finanční gramotnosti chudých seniorů – na neschopnost plánovat výdaje a přiměřeně nakládat s peněžními prostředky, na nerozvážené využívání skoro každé příležitosti k doplnění svých skrovných příjmů a zvýšení kupní síly, neobeznámenost se svými právy a povinnostmi coby konzumentů či účastníků právních vztahů, ale také na nedostatek sebevědomí a na důvěřivost.“

O ohroženosti seniorů chudobou informovala také Česká televize na svých webových stránkách. Zveřejnila článek, který byl pojmenován „Strašidlo chudoby obchází i české seniory“. Článek upozorňuje především na to, že je v současné době chudobou ohrožen každý pátý člověk v důchodovém věku v ČR. Také zdůrazňuje již mnou uvedený fakt, že důchody neodpovídají životním potřebám seniorů. Níže uvádím úryvek z článku.

Článek č.4: *„Nejčastější telefonáty na seniorské lince pražského komunitního centra Život 90 představují konzultace, jak vyžít s nízkým důchodem, který dosahuje třeba 8 tisíc měsíčně. Podle ředitele centra Jana Lormana mnohdy tito lidé nemohou pokrýt náklady denní spotřeby, především potraviny a léky. Což znamená, že třeba nemají čtyřicet korun. Ke stěžejním problémům patří třeba*

*úhrada za nájem. Nejhorší jsou na tom lidé nad 65 let, kteří navíc ztratili životního partnera, nebo žijí sami v domácnosti z jiného důvodu.“*

### **6.3. Závislost ve stáří**

Závislost starých lidí na pomoci druhého nastává dle Vágnerové ( 2007, s.391 ) v době, kdy starý člověk přestane být z nějakého důvodu soběstačný. Zavázalová a kol. ( 2001, s.31 ) uvádí, že „soběstačnost je schopnost postarat se adekvátním způsobem o sebe a svoji domácnost. Má složku fyzickou, psychickou, sociální a hmotnou.“ Dle Kalvacha ( 2006, s. 22 ) patří ztráta soběstačnosti k nejzávažnějším důsledkům geriatrického úpadku i různých chorob ve stáří. Vágnerová ( 2007, s. 391 ) dále uvádí, že ve chvíli, kdy senioři přestanou být soběstační si zpravidla uvědomují úbytek svých kompetencí a vzrůstající nemohoucnost. Většinou jsou stále schopni posoudit svou situaci realisticky. Vědí, že se mohou stát zátěží pro pečujícího člověka, a proto se cítí nepříjemně. Mají pocit vlastního selhání, i když své stárnutí nemohou nijak ovlivnit. Pociťují ostych, když mají požádat o pomoc. Cítí se méně cenní a zbyteční. „Pro tuto fázi bývá typický intrapsychický konflikt mezi potřebou citové jistoty v rámci rodiny a snahou nezatížit ji vlastní nemohoucností a raději akceptovat profesionální pomoc. Nastává potřeba uchovat si přijatelnou sebeúctu i v situaci, kdy už si nelze udržet úplnou autonomii.“

Funkční stav starších lidí se může zhoršit natolik, že potřebují stálou pomoc nebo dokonce trvalou péči. V této fázi se často mění jejich sebehodnocení a postoj k vlastní situaci. V tuto chvíli je velmi důležitá emoční opora. Staří lidé se bojí ztráty svého zázemí a jejich adaptační rezervy jsou minimální. V rámci svých zdravotních potíží se stali v mnoha směrech bezmocnými a mohou se bránit jen emočními projevy.

Okamžik, kdy se člověk stane závislý na pomoci jiného člověka je různě časově lokalizován, protože lidé stárnou rozdílným tempem a jejich kompetence nebývají postiženy rovnoměrně. Avšak obecně platí, že riziko částečné či úplné závislosti se zvyšuje přímo úměrně věku, a proto se týká především dlouhověkých seniorů.

### **6.4. Osamělost a sociální izolace**

Dle Ondrušové ( 2011, s.39 ) míru osamělosti nejvíce ovlivňuje rodinný stav seniora. Postupné umírání vrstevníků a osamostatnění dětí má za důsledek osamocení seniorů. To představuje zvláště ve stáří velkou psychickou zátěž a ztrátu jistot. Senioři se s touto situací velmi těžko vyrovnávají, v některých případech přichází úzkost, deprese a somatizace. Velmi často přichází také obava, aby se člověk nestal přítěží pro rodinu či přátele. Důsledkem osamělosti, ale také nesoběstačnosti může být sociální izolace.

Zavázalová a kol. ( 2001, s.45 ) definují sociální izolaci jako ztrátu kontaktů s prostředím, ve kterém člověk žije. Pokud člověk žije sám a neudrhuje žádné kontakty, s rodinou nebo známými dostává se do sociální izolace. Do izolace se mohou dostat také manželské páry. Většinou se jedná o seniory, jejichž rodina je vzdálena nebo rodinu nemají a nemají ani žádné kontakty s přáteli, sousedy a okolím. Riziko sociální izolace roste s věkem. Senioři se cítí ve vysokém věku osamocení častěji. Je to způsobeno především ztrátou blízkých, zvláště pak vrstevníků. Již nemají s kým sdílet vzájemné vzpomínky, vzpomínky na uplynulý život ve stejné době, na zážitky, které prožili. Nemají s kým sdílet své zkušenosti. Okolní svět se mění a dlouhověkým seniorům tak může připadat cizí.

Čevela a kol. ( 2012, s.93 ) zmiňují, že čtvrtina seniorů v ČR žije osaměle či v sociální izolaci. Tyto osoby jsou velmi rizikové. Je nutné včasné vyhledání těchto osob, důležité je také poskytnutí zdravotní i sociální péče. Pokud žije starý člověk sám a je silně narušen také jeho pocit společenské sounáležitosti, je velmi ohrožen sociální exkluzí neboli sociálním vyloučením.

Haškovcová ( 2012, s.148 ) uvádí, že kromě biologické smrti může nastat tzv. smrt sociální. To znamená, že člověk žije, je zdravý, ale chybí mu mezilidské vztahy, kontakty s jinými lidmi. Tuto sociální smrt můžou prožívat bezdomovci, lidé závislí na návykových látkách, ale také senioři, kteří žijí sami a pociťují skutečnou či domnělou samotu.

Osamělost, sociální izolace, sociální exkluze a dokonce také sociální smrt. Tato ohrožení opět narůstají s věkem. Dlouhověcí senioři jsou těmito riziky ohroženi nejvíce.

## **6.5. Nemoci ve stáří**

Staří a nemoci jsou dle Haškovcové ( 2010, s.248 ) pokládány za synonyma. Není to správné, protože nemoci postihují lidi všech věkových kategorií. Je však pravda, že starším lidem a především dlouhověkých hrozí příchod vážných nemocí častěji. Vyšší a vysoký věk s sebou přináší obávané těžkosti. Někdy jsou to pouze obtíže, jindy nemoci.

Staří nemocní lidé trpí zpravidla polymorbiditou, což znamená přítomnost několika nemocí najednou. Nemoci se vzájemně prolínají a ovlivňují. „Lékaři hovoří o nemocných seniorech jako o křehkých pacientech. Předpokladem, který patří ke křehkosti, je celková slabost, snadná unavitelnost, zhoršená stabilita, nechutenství, ale také rozladěnost a ztráta zájmů. Podstatou křehkosti je také úbytek kostní tkáně a svalové hmoty“ zmiňuje ve své knize Haškovcová ( 2010, s.248 ).

Ze somatických obtíží se u seniorů vyskytuje nejčastěji: inkontinence (únik moči či stolice) a imobilita (snížená nebo ztracená pohyblivost).

Dle Matouše a kol. ( 2002, s.5 ) jsou nejčastější a nezávažnější onemocnění provázející stáří: onemocnění srdce a cév, onemocnění dýchacího systému, metabolická a endokrinní onemocnění, poruchy, onemocnění ledvin, onkologická onemocnění, gynekologická onemocnění, onemocnění nervové soustavy, onemocnění smyslů, poruchy a onemocnění hybného systému.



Stárnutí a především stáří ve vysokém věku s sebou přináší ještě spoustu jiných obtíží. Mlýnková ( 2011, s.81 ) zmiňuje omezený pohyb, časté pády, dekubity, poruchy výživy, nedostatečný pitný režim a různé bolesti. Velmi častá je také insomnie neboli porucha spánku.

K převládajícím zdravotním problémům dlouhověkosti patří dle Kalvacha a kol. ( 2008, s.43 ) především postupný funkční úpadek s prohlubováním geriatrické křehkosti a přibývání funkčních deficitů. Jde především o pokles zdatnosti, odolnosti a adaptability. Klesající potenciál zdraví u dlouhověkých seniorů zvyšuje zdravotní rizika, tělesnou i duševní zranitelnost, a také výskyt komplikací jak u chorob, tak u zdravotních výkonů.

Onemocnění ve stáří přináší občas dle Hrozenské ( 2013, s.32 ) sociální těžkosti, kterými může být sociální izolace, ztráta komunikace, ztráta pocitu potřebnosti, blízkost smrti, sníženou soběstačnost.

Ve vysokém věku se také zvyšuje riziko různých psychických obtíží, jakož jsou pesimistický postoj k životu, kognitivní poruchy, nezám, apatie. Tyto problémy mohou mít mnoho různých příčin, které se mohou odvíjet i od psychických nemocí. Příčinou může také být způsob životního stylu, samota, nezám rodiny, zvyšující se závislost, snižující se soběstačnost seniora, apod.

Holmerová a kol. ( 2003, s.47 ) uvádí delirium, depresi a demenci jako nejčastější psychická onemocnění ve stáří. „Tyto termíny představují kardinální trias gerontopsychiatrie.“

Delirium je charakterizováno jako akutní stav, který je však vratný. Jedná se o poruchu mozkové činnosti v důsledku různých příčin, jakož jsou např. infekční onemocnění, srdeční selhání, apod. Tento stav může trvat několik hodin až dnů.

Deprese vyjadřuje chorobnou změnu nálady, dlouhodobý smutek či špatnou náladu, která přichází bez známého přičinění. Ve vyšším věku se deprese může projevit tím, že se senior hůře soustředí, orientuje, řeší problémy. Deprese je velmi závažný stav, který může vyústit v sebevraždu. Je však léčitelná. Příznaky lze zmírnit nebo úplně odstranit.

Demence je organické onemocnění mozku. Hlavním rizikovým faktorem demence je právě vysoký věk. S přibývajícím věkem přichází demence častěji. Dle národního informačního centra je demencí postiženo cca 1 % lidí ve věku 65 - 69 let, oproti tomu u osob starších 85 let je lokalizováno postižení u celých 24 % lidí. Důvod vyššího výskytu demence u žen je třeba hledat především ve skutečnosti, že se ženy dožívají vyššího věku. Důležité ale je, že demence není nikdy důsledkem pouhého stárnutí. A i když je u starých lidí častější, není to součást normálního stárnutí. Mezi další příčiny demence patří především Alzheimerova choroba. Demenci způsobuje také postižení cév a v důsledku toho postižení mozkové tkáně. V tomto případě se jedná o vaskulární demenci. Jinými příčinami může být ne tak častá Pickova nemoc nebo nemoc s Lewyho tělísky. Demence je dle Pidrmána (2005, s.109 ) syndrom, tvořený kognitivními, behaviorálními a motorickými příznaky. Je ale charakteristická především poruchou kognitivních funkcí - porucha paměti, intelektových

schopností, pozornosti, myšlení, vůle, úsudku, osobnosti, poruchou chování a dalšími. Porucha psychických funkcí je tak těžká, že neumožňuje člověku plnit běžné pracovní a sociální činnosti.

Nejdříve se tedy demence dotýká kognitivních funkcí a funkční kapacity jedince, která se samo sebou snižuje. V pozdějších stádiích je demence příčinou neschopnosti komunikace, neschopnosti vykonávat běžné každodenní činnosti, nesoběstačnosti, imobility. Moč i stolice odchází již nekontrolovatelně. Nemocný má také problémy s výživou, což se projevuje nemožností polykat. Zhoršuje se hybnost nemocného, apod. Nemocný je zcela odkázán na péči druhé osoby. Jak si ale bude počínat nemocný senior, který je současně ve špatné ekonomické situaci, nemá vyřešené bydlení, nebo se v jeho okolí nevyskytuje žádný rodinný příslušník či přítel, který by byl ochoten mu pomoci v jeho situaci? Nemocný senior může využít služeb pečovatelské péče, osobní asistence, je mu také k dispozici denní stacionář, respitní péče. V mnoha případech je nucen využít služeb rezidenční péče. Ve špatné ekonomické situaci může také rodina seniora zažádat o příspěvek na péči.

## **6.6. Rezidenční péče a dlouhověcí senioři**

Pokud z jakéhokoli důvodu selže rodinná péče a pro seniora není bezpečné žít nadále v domácím prostředí, přichází na pomoc ústavní péče.

Dle Venglářové ( 2007, s.14 ) „nastupuje varianta institucionální péče teprve při větších zdravotních problémech, osamělosti, nemožnosti pomoci ze strany blízkých. Přes všechnu snahu jde o krajní řešení a mnoho seniorů ji nese úkorně.“ Pokud je starší člověk ještě aktivní a tedy i schopný adaptace na nové prostředí a jiný životní styl, má i lepší šanci začlenit se do způsobu života, který je mu ve stáří nabízen. Pokud je omezena autonomie člověka může právě vstup do zařízení, nabízející péči o seniory začínat „neslavně“. Poté je úkolem personálu, aby pomohl klientovi překonat obtíže se zvykáním si na nové životní události.

Odchod do ústavního zařízení je dle Ondrušové ( 2011, s.39 ) „jednou z psychicky nejnáročnějších situací celého dosavadního života seniora. V tomto prostředí se musí přizpůsobit neznámým podmínkám a navazovat nové kontakty. V situaci snížené adaptability a odolnosti, provázen zažitými zvyky a způsoby je po příchodu do rezidenčního zařízení ohrožen ztrátou intimity, adaptačním šokem a v neposlední řadě „syndromem poslední štace“.“

Dlouhodobý pobyt v ústavním zařízení s sebou nese i další rizika. Nejzávažnějším rizikem dlouhodobé ústavní péče je dle Matouška ( 1999, s.118 ) tzv. hospitalismus, tedy „stav dobré adaptace na umělé ústavní podmínky doprovázený snižující se schopností adaptace na neústavní, „civilní“ život.“ V ústavu je senior zaopatřen, nemusí si vařit, prát, organizovat si volný čas. Pohybuje se v omezeném prostoru ústavu a jeho okolí. V důsledku redukce nároků a omezení podnětů dochází ke ztrátě zájmu o lidi a svět, zhoršení schopnosti komunikovat, regresi neboli návratu do ranějších vývojových stádií, hledání náhradního uspokojení v jídle, nepřiměřeně dlouhému spánku, k automatickým pohybům, apod.

Dalšími riziky života v ústavním zařízení mohou být dezorientace v novém prostředí, ztráta vazeb s rodinou, ztráta společenských vazeb, omezené soukromí, sociální izolace, omezení práv, pasivní role seniora, ztráta motivace, vůle a mnoho dalších.

Rheinwaldová ( 1999, s.13 ) uvádí, že ústavní péče o seniory má stále ještě daleko k tomu, aby mohla být nazývána komplexní. Onen dobře známý stereotyp života starých lidí na vozíku nebo sedících bez hnutí a beze slov, s prázdným pohledem upřeným na zeď je bohužel stále faktem. Lidé v ústavní péči dostanou najíst, jsou ošaceni, mají kde bydlet, kde spát, ale je to to podstatné? Většina těchto lidí chýtrá nedostatkem uspokojení svých intelektuálních a společenských potřeb. Takovým lidem chybí fyzická činnost, adekvátní mentální stimulace, příležitost ke vzájemnému sbližování a společenskému životu, který je pro psychiku člověka nutný.

Toto se však snaží napravit zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. V zákoně je uvedeno, že „služby sociální péče napomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost, s cílem umožnit jim v nejvyšší možné míře zapojení do běžného života společnosti, a v případech, kdy toto vylučuje jejich stav, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení“. Zákon také obsahuje výčet základních činností, které by měla rezidenční péče zajistit. Jsou to: poskytnutí ubytování, poskytnutí stravy, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, pomoc při osobní hygieně nebo poskytnutí podmínek pro osobní hygienu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační činnosti, pomoc při uplatňování práv, oprávněných zájmů a při obstarávání osobních záležitostí.

Dlouhodobá péče je poskytována zejména nejstarším věkovým skupinám populace. Se zvyšujícím se věkem populace se zvyšuje také věk klientů sociálních, ale i zdravotních služeb. Na základě demografického vývoje lze očekávat, že potřeba různých forem dlouhodobé péče bude nadále narůstat.

V článku „Jaká je kapacita a struktura dlouhodobé péče v České republice?“, který napsal Wija je uvedeno, že v oblasti dlouhodobé péče je mnoho nedostatků, které je nutno napravit. Níže uvádím úryvek z článku.

Článek č. 5: „Podle názoru a zkušeností autorů je hlavním nedostatkem v oblasti dlouhodobé péče v České republice zejména nedostatečně koordinované poskytování služeb zdravotní a sociální péče, nedostatek služeb zaměřených na krátkodobou rehabilitaci a posílení soběstačnosti a celkově nízká podpora opatření ze strany obcí na setrvání seniorů se sníženou soběstačností v domácím prostředí, zejm. zvýšením jejich bezpečnosti, nabídkou a preferencí komunitních a terénních služeb, dostupností volnočasových aktivit atd.“

Velmi problematická je také dostupnost a úroveň zdravotní péče v zařízeních sociálních služeb v porovnání se zdravotnickými zařízeními.

Zákon č. 372/2011Sb., o zdravotních službách a podmínkách jejich poskytování definuje dlouhodobou lůžkovou péči jako péči, která je „poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje“.

## 6.7. Ageismus

Ageismus a věková diskriminace jsou jen jednou z řady nerovností v současné společnosti. Věk a s tím také související pohlaví je jedním z nečastějších důvodů diskriminace, znevýhodnění či nesprávného jednání. Vyšší věk tedy zvyšuje zážitek diskriminace.

Dle Vidovicové ( 2008, s.111 ) můžeme Ageismus chápat jako „proces systematického stereotypizování a diskriminace lidí pro jejich stáří, podobně jako se rasismus a sexismus vztahují k barvě pleti a pohlaví. Staří lidé jsou kategorizováni jako senilní, rigidní ve svém myšlení a způsobech, staromódní v morálce a dovednostech. Ageismus dovoluje mladším generacím vidět starší lidi jako odlišné od nich samých, a proto jim brání, aby se se staršími lidmi identifikovali jako s lidskými bytostmi.“

První česká sociologická definice zní: „Ageismus – neboli věková diskriminace je ideologie založená na sdíleném přesvědčení o kvalitativní nerovnosti jednotlivých fází lidského životního cyklu. Projevuje se skrze proces systematické, symbolické i reálné stereotypizace a diskriminace osob a skupin na základě jejich chronologického věku a/nebo na jejich příslušnosti k určité generaci.“

Čevela a kol. ( 2012, s.107 ) zmiňuje, že častější než diskriminace na základě věku je diskriminace na základě funkčního stavu s podceněním účinnosti, účelnosti a oprávněnosti odmítnuté služby. Lze tedy říci, že se jedná o diskriminaci křehkých lidí, tedy o tzv. frailtizmus. Kořeny této diskriminace často sahají k přesvědčení o marnosti a bezcennosti existence křehkých nesoběstačných starých lidí. A právě u dlouhověkých seniorů je křehkost velmi pravděpodobná. I když i mezi dlouhověkými seniory jsou tací, kteří jsou fyzicky stále zdatní. Příkladem mohou být dlouhověcí senioři - otužilci, kteří se pravidelně úmyslně vystavují extrémnímu chladu v Labi či Vltavě, a dokonce si v tom libují. Toto otužování se spolupodílí na tom, že nejsou nemocní, jsou vitální a srší optimismem.

Individuálním zdrojem Ageismu může být především strach ze smrti a stárnutí. Dalšími zdroji mohou být frustrace, agrese, hostilita, autoritářská osobnost, selektivní vnímání, apod. Mezi kulturní zdroje patří různorodé faktory jako hodnotový systém, jazyk, kultura, humor, umění, literatura, apod. Jako zdroj nepříznivého pojetí stáří lze také považovat prostý fakt, že starých lidí je mnoho a stále jich přibývá.

Širší pojetí ageismu jako diskriminace na základě věku, nikoliv pouze na základě vyššího věku potvrzuje fakt relativně časté diskriminace i v mladších kategoriích. To však nevyvrací teorii, že pravděpodobnost takového zážitku stoupá s věkem seniora. Pro dlouhověké seniory je tedy riziko setkání se s ageistickým chováním velice pravděpodobné.

## 6.8. Násilí na seniorech

Haškovcová ( 2010, s.307 ) zmiňuje fakt, že v poslední době různé formy násilí dosáhly nebývalého vzestupu. K násilí vůči seniorům dochází nejčastěji v domácím prostředí, ale také ve veřejném prostoru.

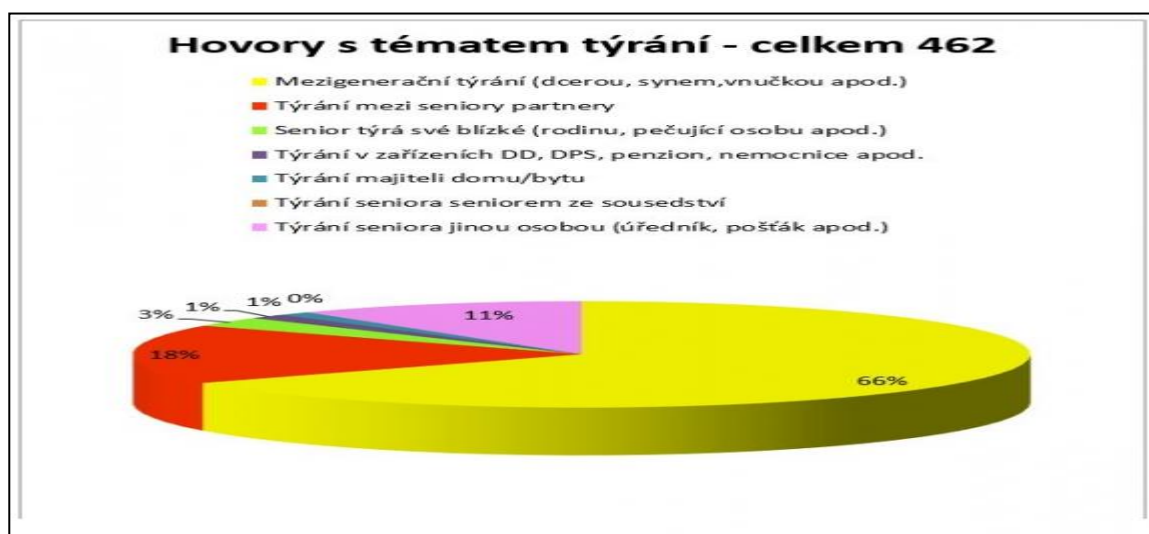
Čevela a kol. ( 2012, s.109 ) uvádějí, že specifickým rysem domácího násilí na seniorech je především jejich částečná či úplná závislost na tom, kdo se nevhodného jednání dopouští. Pro nevhodné zacházení se starými lidmi v domácím prostředí není však typická pouze závislost seniora na původci nevhodného jednání, ale také ambivalence vztahu k němu. Pokud se někdo takového činu dopouští, hovoříme o elder abuse and neglect neboli syndromu EAN (syndrom zanedbávání a zneužívání seniorů). Tento syndrom s sebou obvykle nese ztrátu respektu a nezáměr, zanedbávání péče, zneužívání a posléze cílevědomé násilí.

Prevence takovýchto trestných činů je složitá, protože senioři jsou velice důvěřiví a snadno ovlivnitelní. V případě hrubého násilí nemají dostatek sil k přiměřené fyzické obraně.

Jak jsem již dříve zmínila, doba, ve které žijeme, neoplývá zrovna úctou ke stáří a dívá se na seniory spíše s pohrdáním. Senioři se tak často stávají terčem domácího násilí. Jsou osamocení a vystrašení, a proto mohou být lehce ovladatelní. Čím vyšší je věk a bezmocnost seniora, tím větší nebezpečí hrozí. Především tedy dlouhověcí křehcí senioři, kteří se již nemohou bránit a často nemají mnoho blízkých, kterým by se mohli svěřit či je požádat o pomoc se mohou lehce stát obětí násilí.

Za velmi závažné je považováno dle Haškovcové ( 2010, s.307 ) nevhodné jednání s klienty v dlouhodobé ústavní péči. „Senioři jsou snadnou kořistí obecné kriminality.“

Na následujícím obrázku č.10 můžeme vidět statistiky SENIOR TELEFONU za rok 2014, kde je procenty vyjádřeno, kým jsou senioři nejčastěji týráni.



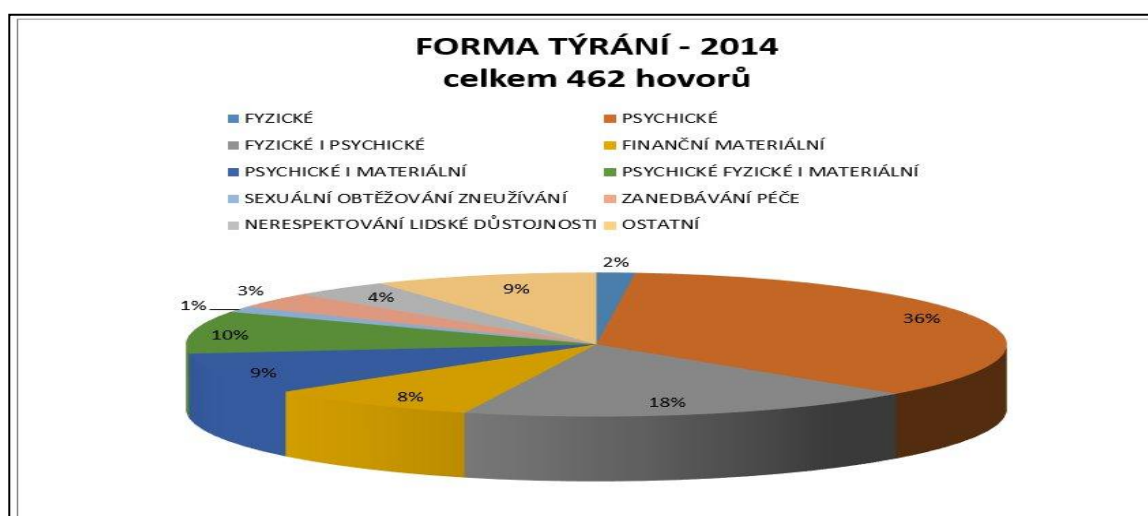
Obr. č. 10: Statistiky SENIOR TELEFONU za rok 2014 ([www.zivot90.cz](http://www.zivot90.cz))

Základní formy EAN dle spolku Život 90:

- Fyzické týráni – bití, kopání, strkání, třesení, netlumení bolesti, apod.
- Citové a psychické týráni – ponižování, urážení, vyhrožování, zastrasování, snižování sebeúcty a sebevědomí, omezení lidských práv, apod.
- Finanční a materiální zneužívání – přivlastňování penze, vyžadování darů, vynucené převody majetku, apod.
- Sexuální obtěžování a zneužívání – nekontaktní (např. voyeurismus) a kontaktní (např. doteky na intimních místech) zneužívání
- Zanedbávání péče – nedostatečná výživa seniora, nevhodné ošacení, apod.
- Nerespektování lidské důstojnosti – nerespektování soukromí, apod.
- Systémové týráni – druhotné ponižování
- Nevhodné jednání – nepřiměřené používání omezovacích chemických (tlumení psychofarmaky) a fyzických (kurtování) prostředků, upírání patientské role ošetrovatelsky náročným dlouhodobým pacientům, apod.

Samostatným problémem je dle Haškovcové ( 2010, s.310 ) tzv. Diogenův syndrom. Podstatou tohoto syndromu je, že senior zanedbává sám sebe a v podstatě sám sebe také týrá. Takový starý člověk žije většinou sám a nedbá o sebe proto, že utrpěl ztrátu pozitivní motivace. Zanedbávání sama sebe s sebou nese také různá rizika. Zvyšuje se především riziko alkoholismu, narkomanie a bezdomovectví.

Na následujícím obrázku č.11 můžeme vidět statistiky SENIOR TELEFONU za rok 2014, kde je procenty vyjádřen nejčastější formy týráni seniorů.



Obr. č. 11: Statistiky SENIOR TELEFONU za rok 2014 ([www.zivot90.cz](http://www.zivot90.cz))

K hlavním rizikovým faktorům násilného chování vůči seniorovi patří dle Kalvacha ( 2006, s.31 ) anomální osobnost pečovatele, špatný zdravotní stav a nesoběstačnost seniora, přetížení rodiny či ošetřovatelského personálu se syndromem vyhoření, nedostatečná poučenost a nedostatečná podpora pečujících, nedostatečná společenská kontrola, nezáměr a podcenění výskytu EAN.

Obecných příznaků týrání, které lze u seniora identifikovat je dle spolku Život 90 mnoho. Může se jednat o špatný zdravotní stav, zvýšenou psychickou zranitelnost, ztrátu sebevědomí, ztrátu iluzí, pocit bezmoci, pocit selhání, intenzivní pocit viny a sebeobviňování, nápadná oddanost vůči agresorovi, emocionální labilita, sebedestructivní chování nebo depresivní nálada. Tyto a řada dalších příznaků mohou, ale také nemusí, být určitým signálem, že se seniorovi něco děje.

## **6.9. Umírání a smrt**

Dle Vágnerové ( 2007, s.429 ) umírá více než 80% populace ve věku nad 60let. „Lidé často umírají v nějaké instituci, nejčastěji v nemocnici.“

Haškovcová ( 2010, s.315 ) uvádí, že mnoho lidí je přesvědčeno, že starý člověk již není šťastný především proto, že stojí před branami smrti a na příchod smrti stále myslí. Je samozřejmé, že starý člověk se čas od času myšlenkou na závěr svého života zabývá, ale je to přirozené a ne tak časté. Tato myšlenka se vyskytuje poměrně zřídka a zpravidla v návaznosti na úmrtí někoho blízkého. „Fenomén smrti je ve stáří vytěsňován tím více, čím se smrt skutečně přibližuje.“ Existence funkčního vytěsňování však nevymaže fakt, že jednoho dne se život člověka uzavře. Každý člověk se s konečností svého života musí vyrovnat sám a po svém. Umírání a smrti se vždy lidé báli. Normální jedinec touží po dlouhém a šťastném životě. Vůči smrti jsou lidé často přecitlivělí, reagují často hystericky a většinou nezrale a neodpovědně.

Ve stáří a především ve velmi vysokém věku má téma smrti jiný obsah. Senioři se nebojí o svůj život jako mladí lidé, obávají se způsobu příchodu smrti. Přicházejí otázky typu: Bude to doma? V nemocnici? Budu sám? Budou u mne milovaní bližní? Bude při mně někdo stát? „Smrt může být různá: tragická, tichá nebo dramatické, náhlá nebo naopak dlouho ohlašovaná.“ Ať už jsou formy jakékoli, měla by být respektována jako sociální událost, která se netýká pouze umírajícího, ale vždy více lidí.

Vágnerová ( 2007, s.430 ) zmiňuje, že obecný postoj ke smrti má tři složky a to citový vztah ke smrti, kognitivní složku postoje ke smrti a z toho vyplývající chování. Citový vztah ke smrti je obvykle vyjádřen strachem a úzkostí, může to být ale také apatie či rezignace. U starých lidí či těžce nemocných se může projevit touha, která většinou souvisí s nadměrným utrpením. Kognitivní složka postoje ke smrti zahrnuje vědomosti o umírání a také vlastní zkušenost se smrtí. Chování jedince bývá ovlivněno především emocemi. Člověk se k umírajícím lidem chová tak, aby se konfrontaci s realitou vyhnul, ať už fakticky nebo symbolicky.

Jak jsem již výše zmínila, nejčastější emocí ve vztahu ke smrti je strach, strach z utrpení, které může přinést smrt. Vágnerová M. uvádí ve své knize různé faktory, na kterých může záviset strach ze smrti. Prvním důležitým faktorem je věk člověka. Lze říci, že s postupujícím věkem strach ze smrti ubývá. Dalším faktorem je Gender. Obecně je známo, že ženy se smrti bojí méně než muži a také se snáze s představou vlastního konce života vyrovnávají. Nesmíme ale vynechat osobnostní vlastnosti jedince. „Pokud má člověk sklony k depresivní ruminaci či úzkostné anticipaci, budoucího ohrožení posiluje i strach z konce života.“ Míra obtížnosti současného života je také podstatným faktorem. Čím je život těžší a naděje na lepší život méně reálná, bývá strach ze smrti menší. Takto starý člověk může brát smrt jako východisko nebo vykoupení. Dalším bodem je vyrovnanost s vlastním životem. Je důležité, aby byl člověk před smrtí spokojený s tím, co prožil, aby dosáhl pocitu integrity a naplněnosti. V neposlední řadě je důležitá stabilita hodnot a identifikace s určitým životním názorem. Ti také snižují strach ze smrti. Významnou roli zde hraje náboženská orientace, víra. Věřící člověk se smrti méně obává, smrt pro něj znamená přechod na jinou, duchovní formu existence.

Vágnerová ( 2007, s.430 ) uvádí, že „umírání lze chápat jako završení života. Poslední přání nebo pokyny pro pozůstalé jsou projevem uvědomění této skutečnosti. Realizace vlastních přání je v této životní fázi svěřena někomu jinému, starý člověk na konci svého života předává své materiální i psychické vlastnictví a akceptuje proměnu své existence. Smrt ukončí pouze jeho psychické bytí, ale na symbolické úrovni bude přítomen i nadále: ve vzpomínkách blízkých lidí, prostřednictvím vlastního potomstva i toho, co v životě vytvořil. Takovým způsobem je zajištěna kontinuita jeho existence na jiné úrovni.“

Rossová ( 1991, s.3 ) ve své knize předkládá pohled na smrt očima věřícího člověka. Uvádí, že při umírání prochází člověk třemi stádii. Autorka používá přirovnání, že tělesná smrt člověka je obdobou zrození motýla z kukly. Kukla představuje lidské tělo. To však není totožné s pravým Já, je to pouze přechodný příbytek. Pokud je lidské tělo, tedy kukla porušena uvolní motýla – duši. Poté odlétá motýl – duše z lidského těla. V tuto chvíli opouštíme první stupeň, kde jsme vybaveni fyzickou energií a vstupujeme do stupně druhého, kde nás očekává energie psychická. V tento okamžik tělo ještě stále žije. Jakmile se zastaví činnost srdce a aktivita mozku je neměřitelná, odložíme pozemské tělo a přijímáme určitý tvar. Poté procházíme průchodem vstříc světlu. V přítomnosti tohoto Světla, Boha, Krista, musíme ještě jednou projít celým svým právě uplynulým životem. Dostáváme se do třetího stupně. Při této zkušenosti si vybavíme každou myšlenku, slovo i čin. Rossová upozorňuje, že právě v tuto chvíli máme možnost dozrát k hlubšímu chápání lásky, kde jako bezvýhradnou lásku chápeme právě Boha.

Dlouhověcí senioři se často setkávají se smrtí, mluví o ní, chodí na pohřby. Odchází jim vrstevníci, jejich přátelé, někdy i životní partner, a v mnoha případech dokonce děti. Uvědomují si tak blížící se konec svého života. Dlouhověcí senioři jsou tak umírání a smrti blíže, než mladší senioři.



## **7. Péče o dlouhověkové seniory**

Dříve či později může u každého seniora nastat chvíle, kdy zestárne natolik, že se bez pomoci druhých neobejde. Nejdříve může jít jen o to, najít vhodnou náplň volného času a zajistit stravování seniora, později se může přidat drobná výpomoc s běžnými denními úkony. Může ale nastat čas, kdy na řadu přichází domov pro seniory, který zajistí veškerou péči o seniora. Rodina se velmi často snaží postarat o seniora sama, ale tato péče je přeci jen velmi náročná. Především, když se člověk snaží starat o příbuzného seniora a přitom se věnuje vlastnímu životu, vlastní rodině, dětem, práci, apod. Tato péče, obzvláště o velmi starého křehkého člověka může být časem velmi vyčerpávající. Z toho důvodu jsou v současné době mimo rodinné péče i jiné možnosti péče o seniory.

### **7.1. Rodinná péče**

Hrozenká ( 2013, s.46 ) uvádí, že „rodina je nejstarší základní jednotka lidského společenství, jehož součástí je i starý člověk. Možnost bytí s rodinou v závěrečné etapě života je nenahraditelná. V mnohých případech umožňuje člověku dožít se delšího věku, přinejmenším mu však přináší šťastnější prožití každodenního života.“

#### **7.1.1. Historie vícegeneračního soužití**

Dle Saka a kol. ( 2012, s.110 ) „tradiční rodina ještě z tradiční společnosti dokázala po generace absorbovat kolem ní probíhající společenské změny. Ještě po druhé světové válce modální česká rodina byla tradiční patriarchální rodinou. Po druhé světové válce se začala proměňovat, ale pomaleji, než bylo tempo makrospolečenských procesů, jichž byla součástí. Pomalé tempo a nedostatečné změny vedly ke stavu, který bývá charakterizován jako krize rodiny, ve skutečnosti jde však spíše o krizi určitého typu rodiny – rodiny patriarchální. Z této krize vede cesta transformací patriarchální rodiny v rodinu partnerskou. Současná doba je doba této transformace. Změnou typu rodiny dochází ke změnám její struktury, funkcí, vztahu generačních i intergeneračních uvnitř užší i širší rodiny, ke změnám hodnot a norem chování.“ Společenské změny mají již několik generací vliv na rodinu. Teprve v současnosti si však tyto společenské změny vynutily změnu typu rodiny. Velké multigenerační rodiny přestaly být funkční a to se také projevilo v dalších změnách. Spolu s novými možnostmi, jakož je plánované rodičovství a sekularizace společnosti vedla také změna role dítěte ke snížení počtu dětí v rodině.

Snížování počtu dětí v rodině a tedy uvolnění z tlaku reprodukčního chování, vznik institucí ve společnosti přebírajících péči o děti, ale také zvyšující se náklady na bydlení, zvyšující se životní standardy zahájily proces uvolnění ženy z rodiny. Pracovní trh má ale určité nároky, proto tento krok

stimuloval zahájení dalšího procesu, a to vzdělávání žen. Vzdělávání žen se nejdříve šířilo ve vyšších vrstvách, dále ale postupovalo do nižších a tím se zaměstnanost žen rozšířila na celosvětové úrovni.

V této fázi dochází také k proměně role a funkce třetí generace, generace prarodičů. Odchodem žen mimo rodinu vznikla mezera v naplňování určitých potřeb, funkcí a aktivit. Tuto mezeru pomáhaly zmenšovat nově vzniklé instituce (jesle, školky, školní družiny, volnočasové zřízení pro děti, atd.), nové technologie (pračka, lednička, myčka, atd.), inovace v potravinářském průmyslu (polotovary, zmražené potraviny, konzervy, atd.), ale především získaly na významu prarodiče, především babička. O vnuky pečovali nárazově nebo i trvale. Pro fungování rodiny a její organizaci, byla a stále je babička velmi důležitou institucí a systémovým prvkem, který se však dostává do konfliktu s jinými funkcemi rodiny. Často působila kontraproduktivně ve vztahu k vytváření intimní pospolitosti manželů. Lze tedy říci, že vývojem evropské civilizace došlo k rozpadu multigenerační a velké rodiny. Objevila se neschopnost malé či singulární rodiny postarat se o své staré rodiče, a tím stále více rozšiřuje institucionalizovaná péče o staré lidi.

Dříve bylo také velmi časté dvojité stárnutí. Starší děti se staraly o své staré rodiče, o generaci starších. Tento fenomén se však postupně vytrácí. Péče o staršího člověka, který je závislý na pomoci druhé osoby, je činnost velmi psychicky i fyzicky obtížná. Je tedy velmi náročné, když se má 70letý senior postarat o své dlouhověkové rodiče. V mnoha případech už samy nemohou. Potomci již nejsou tak fyzicky zdatní, aby se mohli o své rodiče postarat. Nicméně problémem nemusí být pouze zdravotní stav seniora, může to být také zapříčiněno špatnou finanční situací či bydlením. Nesmíme zapomenout na fakt, že stárnutí neprobíhá rovnoměrně, v některých situacích může být letitý senior vitálnější nežli jeho potomek.

### **7.1.2. Vícegenerační soužití v současnosti**

Zavázalová ( 2001, s.47 ) zmiňuje, že pokud žijí staří manželé v páru a alespoň jeden z nich je soběstačný, dokážou zvládat běžné denní záležitosti bez výrazné pomoci. Většina starých lidí žije v manželském páru, někteří i se sourozenci nebo vrstevníky. Menší část populace žije se svými dětmi ve dvougenerační rodině. Zřídka se také objevuje soužití tří generací – soužití prarodičů, rodičů a dětí.

O vícegeneračním soužití lze tedy hovořit v případě, že pod jednou střechou spolu žijí dvě a více generací. Dle Klevetové ( 2008, s.82 ) může vícegenerační soužití vypadat různě. Buď v rodině žije prarodič, který se o sebe dokáže postarat a pro rodinu je spíše přínosem, nebo je tomu naopak.

Za optimální způsob péče o seniory je tedy stále považována dle Dvořáčkové ( 2012, s.56 ) možnost setrvání seniora co nejdéle v domácím prostředí, pokud je zachována podpora a péče. Rodina by měla představovat pro každého člověka zázemí a jistotu. Ve stáří pak dobře fungující rodina znamená záruku pomoci psychické, fyzické i hmotné. Rodina také rozvíjí aktivity ve stáří. Soužití se

seniory navíc obohacuje náš život, zprostředkovává mladším generacím nezažité zkušenosti a napomáhá vytvářet sociální rovnováhu mezi generacemi.

Pomoc společnosti vyžadují zejména nesoběstační osamělí staří lidé nebo osamělé dvojice. Se stoupajícím věkem se především jako důsledek ztráty partnera zvyšuje počet domácností jednotlivců seniorů a naopak klesá podíl osob žijících ve více generacích. Asi třetina lidí nad 65let věku žije v jednočlenných domácnostech, z deseti osamělých je 8 žen, asi 15% osob se cítí opuštěnými. Dle Českého statistického úřadu žijí osoby ve věku 85 a více let ze 43 % nejčastěji samostatně, 13 % žije jako další osoba v rodinné domácnosti a 12 % osob starších 85 let žije v zařízení, buď jako jednotlivec, nebo v rodině v zařízení. S růstem počtu a podílů nejstarších seniorů narůstá také počet osamělých seniorů. Laicky lze říci, že čím vyšší věk, tím riziko osamělosti u seniorů stoupá. Již zmíněný hlavní důvod osamělosti je ztráta partnera. Ve vysokém věku mnoho seniorů přichází o svého životního partnera a ocitá se tak náhle v osamělosti - opuštěn. Dle Kalvacha je v ČR nad 80 let ovdověných 32,5% mužů a 81,5% žen. Rizika jsou tedy vysoká.

Rodina je v péči o nesoběstačného starého člověka nezastupitelná. Pokud se tedy rodina rozhodne starat o nemohoucího seniora, měla by si položit otázku, zda dokáže poskytnout seniorovi dobrou a kvalitní péči. Pro dobrou péči o seniora musí rodina splňovat řadu předpokladů.

Mezi nejpodstatnější předpoklady patří:

- moci pomoci – mít podmínky
- chtít pečovat – mít dobrou vůli
- umět pečovat

Dnešní společnost poskytuje v určitých směrech lepší podmínky než dříve pro poskytování péče o seniory v období nesoběstačnosti. „Domácí péče, denní stacionář a pečovatelská služba nejsou v některých případech dostačující pro péči v domácnosti. Úlohou společnosti je motivovat rodinu morálně, legislativně, ekonomicky a sociálně. Společnost by však měla vytvořit dostatečné spektrum i kapacitu sociálních služeb, které by pomáhaly rodině plnit tuto funkci“ uvádí Zavázalová ( 2001, s.47 ). V některých státech je dána rodině možnost v rámci tzv. respitní péče (odlehčovací služby) umístit na jeden měsíc v roce nesoběstačného člověka do ústavního zařízení. Je tomu tak v případě nemoci, dovolené nebo nějaké jiné překážky pečovatele. Tato péče je dostupná i v ČR, je zde však zpoplatněna. Respitní péče je významná především jako prevence syndromu vyhoření. Syndrom vyhoření může nastat při dlouhodobé péči o těžce nemocnou osobu, zejména pokud je na to pečovatel sám.

Zavázalová ( 2001, s.54 ) také zmiňuje, že „podle některých údajů nejčastěji pečují děti – 53%, manžel nebo manželka – 21%, vzdálení příbuzní – 10% nebo pečují cizí osoby – 16%. Převážně jsou pečujícími ženy v produktivním věku – 64%. Vzhledem ke stárnutí populace a zvyšující se délce života se často stává, že pečují staří lidé (nad 60let věku) o své nesoběstačné rodiče (80let a více).“

Mlýnková ( 2011, s.35 ) uvádí, že vícegenerační soužití má své nesporné výhody, ale také nevýhody. Funkční vícegenerační soužití poskytuje bezpečné zázemí stárnoucím osobám a okamžitou možnost pomoci. Vícegenerační soužití vyžaduje jistou dávku vzájemné tolerance, lásku, porozumění, vhodné prostředí k bydlení apod. Praktickou výhodou vícegeneračního soužití je možnost podílet se na výchově dětí prarodiči. Rodiče tak mohou do zaměstnání docházet bez zbytečných stresových situací a dalších problémů, protože babička nebo dědeček odvede děti do školky, vyzvedne děti ze školy, uvaří, vezme děti na procházku apod.

Oproti tomu v rodinách, kde nepanují příliš dobré vztahy, chybí podpora, schopnost pomáhat si, tolerance a porozumění. Dvořáčková ( 2012, s.53 ) uvádí, že „třígenerační soužití a především soužití manželských párů či jedinců střední generace s některými z jejich rodičů se vyskytuje již pouze výjimečně a není většinou pokládáno za žádoucí. Převážně preferované oddělené bydlení jednotlivých generací nepočítá s velkou mírou závislosti nejstarších členů rodiny na pomoci dětí, ale spíše pomoci občanskou, kterou lze poskytnout prostřednictvím docházení za rodiči.“

Zavázalová ( 2001, s. 47 ) také uvádí, že společné soužití více generací přináší řadu problémů, zaviněných především rozdíly v názorech na životní hodnoty. Společné bydlení několika generací silně ovlivňuje mezilidské vztahy v rodině. Záleží na tom, zda je společné bydlení dobrovolné nebo okolnostmi vynucené, trvalé, dlouhodobé nebo jen dočasné. Obzvláště významná je možnost zachování soukromí. Sociologové tvrdí, že je také důležité, kdo u koho bydlí a jaké jsou důvody společného bydlení. Uvádají tyto důvody proti společnému bydlení: konflikty, problémy a starosti, nutnost brát vzájemně ohled na ostatní členy, staří mladým pomáhají a ti jsou pak pohodlí a líní, atd.

Erikson ( 1999, s.62 ) zmiňuje, že dnešní přerušení kontinuity rodinného života významně přispívá k chybění minima životního zaujetí ve stáří, které je potřeba proto, aby člověk zůstal skutečně živý. Chybění tohoto životního zaujetí je častým impulzem, který dle mínění autora přivádí staré lidi do psychoterapie. Toto téma poslední krize nazývá autor integritou proti zoufalství. Velká část zoufalství starých lidí je ve skutečnosti narůstající pocit stagnace.

Sak a kol. ( 2012, s.113 ) zmiňuje, že „rozpad multigenerační rodiny a přesun péče o staré lidi na instituce je celoevropský proces, který se v jednotlivých zemích specifikuje, má individuální tempo, ale je odrazem obdobných společenských procesů: industrializace, urbanizace, pokles natality, růstu střední délky života, rozpadu velké multigenerační rodiny, zaměstnanosti žen, sekularizace, prosazování tržní společnosti bez přívlastků a ideologie neoliberalismu, změny hodnotového systému

a modální stability, rozklad sociálního státu. To vše zapříčiňuje proměnu socioekonomické základny stáří. Tento proces a aktuální stav jsou diferencované v jednotlivých zemích, ale trendy směřování jsou shodné a vedou k institucionální péči o staré lidi, protože stávající rodina ztrácí potenciál určité funkce plnit.“

### **7.1.3. Budoucnost rodinné péče**

Dle České demografické společnosti bude se stárnutím populace, rozvolňováním rodinných vztahů a rostoucí účastí žen na trhu práce poptávka po formální dlouhodobé péči dále růst. Vzhledem k tomu, že budoucí vývoj soběstačnosti a disability u starší populace je nejistý, bude stát za růstem potřeby dlouhodobé péče především očekávaný nárůst počtu seniorů, zejména osob ve věku 80 a více let.

Ke snížení dostupnosti neformálních pečovatелů, zejména dospělých dětí v produktivním věku poskytujících péči svým rodičům, přispějí také další trendy, jako je například klesající velikost rodiny, rostoucí bezdětnost nebo snižující se podíl seniorů bydlících ve společné domácnosti s dalšími členy rodiny a zřejmě také vyšší rozvodovost, rostoucí účast žen na trhu práce a klesající ochota poskytovat neformální péči. Tento pokles bude částečně kompenzován vyšším přežíváním mužů, což povede ke zvýšení podílu seniorů žijících v partnerském vztahu. Seniori se sníženou soběstačností žijící s životním partnerem mají navíc menší pravděpodobnost, že budou potřebovat ústavní péči.

### **7.2. Rezidenční péče**

Ačkoli se převážně považuje pomoc dětí starým rodičům za povinnost a pomoc mezi členy rodiny za samozřejmou, existují okolnosti, které rozhodnou, zda rodina péči nesoběstačnému rodiči poskytne nebo svěří seniora do ústavní péče. Mlýnková ( 2011,s.63 ) mezi překážky při poskytování péče rodinnými příslušníky řadí: nevyhovující bydlení, zaměstnanost střední generace, povinnosti vůči vlastní rodině, vzdálenost rodin, vyčerpanost a únava rodinných příslušníků při péči o seniora. Mezi překážky můžeme také řadit nemoc potencionálních pečovatелů či naopak závažnou až nezvladatelnou nemoc seniora.

Cílem terénní péče neboli pečovatelské služby je dle neziskové organizace Duha zajistit ve vlastním sociálním prostředí klienta rozsah a kvalitu potřebné péče, která do jisté míry kompenzuje klientovu sníženou soběstačnost a umožňuje mu tak žít v přirozeném prostředí domova, nepřetrhávat vztahy s rodinou, okolím a oddálit nutnost umístění do pobytového zařízení. Snahou je zachování důstojnosti a co nejvyšší kvality života klienta doma. Služby jsou poskytovány seniorům, kteří k životu potřebují různý stupeň pomoci. Služby jsou zaměřeny na konkrétní individuální potřeby. Jedná se o nákupy, úklidy, mytí oken, praní prádla, apod.

Dlouhodobé ústavní péče je dle Zavázalové ( 2001, s.63 ) charakterizována:

- dlouhodobostí trvání nemoci, chronicitou a stupněm zdravotního postižení, které zapříčiní ztrátu soběstačnosti a závislost na péči druhé osoby
- multidisciplinárním přístupem s ohledem na spektrum zdravotních, psychických a sociálních problémů, péče má vždy charakter sociální i zdravotní a její potřeba velmi významně závisí na psychickém stavu seniora
- zapojením ostatních sektorů (např. komunity, služby, apod.)
- spoluprací profesionálů a laiků (rodina, dobrovolníci, charita, náboženská společenství, apod.)

Sociální služby a péče poskytovaná seniorům v ČR dle zákona 108/2006Sb., o sociálních službách:

- Centra denních služeb
- Denní a týdenní stacionáře
- Domovy pro seniory
- Domovy se zvláštním režimem
- Sociální poradny
- Centra sociálně rehabilitačních služeb
- Osobní asistence
- Pečovatelská služba
- Tísňová péče
- Průvodcovské a předčitatelské služby
- Odlehčovací služby
- Telefonická krizová pomoc
- Sociálně aktivizační služby pro seniory a osoby se zdravotním postižením

Sociálně zdravotní služby pro seniory v ČR dle Mlýnkové ( 2011,s.63 ):

- Lůžková oddělení nemocnic
- Geriatrická oddělení nemocnic
- Léčebny dlouhodobě nemocných (LDN)
- Hospice
- Geriatrická denní centra

Dle Asociace poskytovatelů sociálních služeb mohou senioři v České republice využívat 494 domovů pro seniory ( 38 000 lůžek ), 228 domovů se zvláštním režimem ( 7000 lůžek ), 754 registrovaných pečovatelských služeb, které využívá cca 130 000 uživatelů. V rámci LDN je k dispozici cca 3000 lůžek.

## 8. Podpora života ve vysokém věku

Rheinwaldová ( 1999, s.21 ) uvádí zásady chování k seniorům v Domovech pro seniory. Tyto zásady jsou podle mého názoru použitelné i pro dlouhověké seniory v domácím prostředí.

- Chovat se mile a příjemně
- Pomoci s udržením pocitu vlastní hodnoty
- Podporovat samostatnost, soběstačnost a nezávislost
- Udržovat u seniora orientaci v čase a místě
- Být dobrým posluchačem, nepřerušovat, mluvit pomalu
- Snažit se vyhovět žádostem
- Dbát na dobrou výživu, ošacení a osobní hygienu seniora
- Vytvářet pestrý program pro seniora

Starý člověk by se měl, dle svých možností a potřeb zapojit do zájmové činnosti, společenských aktivit. Měl by rozvíjet své zájmy, záliby, koníčky. Tyto aktivity jsou prevencí před osamělostí a izolací. Haškovcová ( 2012, s.170 ) zmiňuje, že někteří senioři nevědí co dělat a jakou činností naplnit svůj den. „Někdy si neumějí své volnočasové aktivity zorganizovat, jindy jsou rozpačití, a i když o některých dobře vědí, raději se jich nezúčastní.“ Všichni, kteří se podílejí na péči o seniora, by měli zjistit, jaká je nabídka volnočasových aktivit v okolí seniora. Ostýchavější seniory je nutné aktivně pobízet k účasti. Problémem jsou senioři, kteří žijí osaměle ve svých domácnostech, a okolí o nich nemá tušení. Není nikdo, kdo by jim tyto služby nabídnul či je do nich aktivně začlenil.

Zavázalová ( 2001, s.45 ) uvádí, že velkoměstská populace starých osob žije i do vysokého věku velice aktivně. „Zajímají se o dění ve státě, čtou noviny, časopisy, sledují televizi, poslouchají rozhlas, někdy také pracují v různých organizacích či spolcích. Větší část seniorů chodí na procházky a někteří dokonce pravidelně sportují.“

Ve městech, ale také v některých obcích jsou vytvořeny volnočasové organizace pro seniory neboli kluby seniorů. Kluby seniorů jsou střediskem volného času. Tyto kluby slouží pro společenskou, kulturní a jinou zájmovou činnost seniorů. Kluby nabízejí např. rukodělné práce, tvořivé činnosti, společenské programy, diskuze, hry, hudbu, tanec, cvičení, sporty, sportovní hry, činnosti venku v přírodě, náboženské programy, vzdělávací činnosti, apod. Odehrávají se v nich také výstavy seniorských prací, přátelská posezení a oslavy jubileí. Kluby pořádají přednášky a návštěvy hostů z různých oblastí lidského života. Kluby jsou ve většině případů otevřeny pro všechny zájemce v důchodovém věku, bez ohledu na místě bydliště.

Existuje také spousta internetových stránek pro seniory. Tyto stránky také umožňují seniorům smysluplné využití času. Je to např. internetová televize pro seniory, nabídka pobytů a zájezdů pro seniory, zajímavosti a články, kurzy trénování paměti, informační středisko pro seniory, apod. Mezi internetové stránky pro seniory patří také informace o pomoci seniorům v nouzi.

Dle Rheinwaldové ( 1999, s.38 ) je důležité podporovat seniory ve vědomí, že jsou schopni mnohých činností. Pomáháme jim s udržení pocitu vlastní efektivity a výkonnosti. Podpora pozitivního nahlížení na sebe a v sebeúčtě snižuje riziko stresu starých lidí.

Čevela a kol. ( 2012, s.32 ) zmiňuje, že „společenská podpora úspěšného stárnutí by se měla týkat především osobní zodpovědnosti, autonomie, svébytnosti, podpůrného univerzálního designu veřejného prostoru fyzického i sociálního, seberealizace a participace, a to až do nejvyššího věku. I v přístupu k výrazně znevýhodněným seniorům se závažným zdravotním postižením je třeba nahrazovat péči uceleným systémem podpory a ústavy nahrazovat regionálními sítěmi podpůrných služeb. V případě patologického stárnutí zahrnuje společenská podpora také péči, monitoring a depistáž s dispenzarizací těch starých lidí, kteří neumějí nebo nechtějí zajišťovat ani signalizovat své potřeby. Může jít o lidi nejen se závažným zdravotním postižením, ale také o hodně chudé nebo sociálně vyloučené, žijící osaměle či ve dvojici vzájemně závislých křehkých seniorů.“ Zvláštní pozornost vyžadují tyto lidé při nečekaných patologických situacích. Např. při úmrtí blízké osoby, při snížené soběstačnosti, po propuštění z nemocnice, apod.

Nejdůležitější roli při podpoře seniora sehrává rodinný příslušník, ale také sociální pracovník. Sociální pracovník získává celistvou anamnézu a veškeré potřebné informace o seniorovi. V důsledku toho mapuje vhodné dostupné služby. Poté pomáhá vhodné sociální či zdravotní služby nalézt. Také doporučuje, zda lze ponechat seniora v domácím prostředí, nebo zda je vhodnější či nezbytné přijetí do zařízení sociálních služeb. Cílem je samozřejmě podpora života v přirozeném domácím prostředí.

Dlouhověké seniory aktivně vyhledávají sociální odbory městských částí. Hlavním posláním je pomoc a podpora. Součástí jsou také každoroční gratulace dlouhověkým seniorům k jejich vysokému věku a s tím spojené předání daru. Gratulovat přicházejí úředníci městských částí spolu se zástupci města. Dle internetových stránek MÚ poskytují městské části dlouhověkým seniorům: sociální poradenství, rozhodují v 1 stupni správního řízení o ustanovení zvláštního příjemce dávky důchodového pojištění, vykonávají funkci opatrovníka osob s omezenou svéprávností v případech, kdy byl soudem ustanoven veřejný opatrovník a dohlíží, jak plní povinnosti opatrovníci osob s omezenou svéprávností, zastupují osobu, která není schopna sama jednat a nemá zákonného zástupce při uzavírání smlouvy o poskytnutí sociální služby, podílí se též na řešení bydlení seniorů, spolupracuje s kluby seniorů a organizačně zajišťují blahopřání seniorům k životním výročí.



## 9. Dlouhověkost politickou prioritou

Dle Cabrnocha a kol. ( 2009, s.7 ) je termín dlouhověkost „výraz pro náš společenský úspěch. Stáří není nemoc, ale jen přirozený výsledek toho, že jsme neumřeli mladí. Nyní žijeme déle než kdykoli předtím. Je to výsledek lepších životních podmínek, vyšší životní úrovně, lepší vzdělanosti a přístupu k informacím, vyšší bezpečnosti a ochrany zdraví při práci, zdravějšího životního stylu, kvalitnější a dostupnější zdravotní péče.“

To, že žijeme déle než kdykoli předtím nemusí znamenat, že budeme déle nemocní a bezmocní, déle závislý na pomoci druhých. Žít déle může stejně tak dobře znamenat déle se radovat ze života a být prospěšný sobě i celé společnosti.

Politickou prioritou je podporovat staré občany a také především dlouhověké seniory. V knize Cabrnocha a kol. jsou uvedeny body, kterými by tato podpora měla být zajištěna.

- Dlouhověkost je úspěch, který můžeme využít – senioři jako pracovní síla, velcí spotřebitelé, voliči ve volbách
- Vytvoření legislativy, která nebrání seniorům uplatnit se na trhu práce – svobodná dohoda mezi zaměstnavatelem a zaměstnancem, aktivní podpora zaměstnavatelů, kteří zaměstnají seniory, vzdělávání a školení seniorů
- Podpora vzdělávání seniorů
- Podpora různých forem pojištění a spoření na důchod – dnešní důchodový systém nezajistí důstojné stáří
- Podpora vhodného bydlení pro seniory
- Podpora projektů mezigeneračního propojení – zapojení osamělých seniorů do společnosti, prosazování komunikačních technologií
- Internet pro všechny seniory
- Vzdělání všech pečovatelů – vzdělání také pro neformální pečovatele
- Podpora obce v práci se seniory – idea vytvoření provázaného systému komunitních sester, které budou odborně ve spolupráci s radnicemi organizovat zdravotní a sociální služby pro seniory v obcích
- Podpora soběstačnosti klienta – zlepšení terénních, ambulantních a ústavních služeb – služby poskytované primárně s cílem vrátit pacientovi soběstačnost a navrátit ho do jeho přirozeného prostředí
- Kvalitní služby pro seniory – vytvoření více standardů – např. standardy pro ubytování, apod. – poskytování zdravotních a sociálních služeb v odpovídající kvalitě

- Zlepšení služeb dlouhodobé péče – spojení zdravotních a sociálních služeb v rámci dlouhodobé péče do jednoho systému, oddělené organizování i financování
- Podpora soukromých institucí
- Lepší financování – úhrada služeb vázaná především na kvalitu

Všechna tato témata a mnoho dalších patří do okruhu otázek, na které při hledání postoje společnosti k dlouhověkosti musíme najít správné odpovědi. Je mnoho dalších důležitých bodů, které nebyly zmíněny a jejich zlepšení by přineslo společenské úspěchy. Je to např. křehkost seniorů ve veřejném i soukromém životě, problematika vysokého rizika sebevražd mezi seniory či smutné téma násilí na seniorech, jejich zneužívání a týrání. Velkým tématem je také mimořádný přínos linek důvěry či systémů krizové intervence.

„Tak jako jsou senioři součástí společnosti, jako je výzva dlouhověkosti výzvou pro celou společnost, musí být program pro dlouhověkost součástí programu pro všechny. Dlouhověkost je naším společenským úspěchem a pouze společně budeme umět využívat výhody, které nám přináší“ uvádí Cabrnch.

## **9.1. Akční plány pro stáří**

### **9.1.1. Národní plán přípravy na stárnutí na období 2003-2007**

Dle MPSV je dokument Národní plán přípravy na stárnutí na období 2003-2007 klíčovým pro Českou republiku. Vypracovalo jej Ministerstvo práce a sociálních věcí. Byl schválen vládou České republiky 15. května 2002.

Hlavními body dokumentu jsou: etické principy, přirozené sociální prostředí, pracovní aktivity, hmotné zabezpečení, zdravý životní styl a kvalita života, zdravotní péče, komplexní sociální služby, společenské aktivity, vzdělávání, bydlení.

### **9.1.2. Národní program přípravy na stárnutí na období let 2008 až 2012**

Dle MPSV byl tento dokument schválen vládou dne 9. ledna 2008. Předmětem tohoto dokumentu je kvalita života seniorů.

Hlavními body dokumentu jsou: aktivní stárnutí, prostředí a komunita vstřícná ke stáří, zlepšení zdraví a zdravotní péče ve stáří, podpora rodiny a pečovateli, podpora participace na životě společnosti a ochrana lidských práv.

### **9.1.3. Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017**

Cílem tohoto dokumentu je „komplexní přístup k řešení problematiky stárnutí populace, koordinace a propojování jednotlivých strategií rezortů v oblasti přístupů ke stárnutí a vytvoření společných priorit všech přijatých opatření.“

Hlavními body dokumentu jsou: zajištění a ochrana lidských práv starších osob, celoživotní učení, zaměstnávání starších pracovníků a seniorů, dobrovolnictví a mezigenerační spolupráce, kvalitní prostředí pro život seniorů, zdravé stárnutí, péče o nejkřehčí seniory s omezenou soběstačností.

### **9.1.4. Mezinárodní akční plán pro stárnutí a stáří**

Holmerová a kol. ( 2007, s.22 ) zmiňuje, že tento dokument byl schválen dne 12. dubna 2002 v Madridu na druhém světovém shromáždění o stárnutí a stáří, které bylo uskutečněno z iniciativy OSN. Tento plán pojmenovává některé potřeby seniorů, které by měla společnost respektovat a uspokojit.

Hlavními body dokumentu jsou: mediální obraz stáří, integrace, služby, vzdělání, bydlení, bezpečnost, mobilita, obec a rodina, podpora péče v rodině, podpora rodinných pečujících

### **9.1.5. Zásady OSN pro seniory**

Dle MPSV a Holmerové a kol. ( 2007, s.20 ) se v roce 1982 ve Vídni uskutečnilo Světové shromáždění o stárnutí a stáří. Toto shromáždění přijalo důležité zásady pro seniory. Rok 1999 byl na tomto shromáždění ohlášen jako Mezinárodní rok seniorů.

Přijaté zásady: účast na životě společnosti, podíl na vytváření a využívání jejich zdrojů, důstojnost, nezávislost, péče.

## **9.2. Další dokumenty**

Holmerová a kol. ( 2007, s.26 ) uvádí další dva důležité dokumenty vztahující se na kvalitu života seniorů. Jsou to:

- Světová zpráva o zdraví - péče o chronicky nemocné, kvalita zdravotní péče, problematika seniorů v institucích a doporučení dobré klinické praxe
- Doporučení rady Evropy - problematika chronicky nemocných a zdravotní péče pro ně, kvalita zdravotní péče, postavení pacientů a jejich organizace, problematika seniorů v institucích, doporučení pro dobrou klinickou praxi

## **10. Výzkumné šetření č.1**

Pro realizaci tohoto výzkumného šetření jsem vyhledala pražská zařízení pro seniory poskytující různé typy sociálních služeb, jakož jsou domov pro seniory, domov se zvláštním režimem a dům s pečovatelskou službou. Vyhledala jsem a rozeslala 39 dotazníků do těchto pražských zařízení a následně spolupracovala pouze s třinácti. I po opakované prosbě ostatní zařízení účast ve výzkumném šetření nepotvrdily. V listopadu 2014 jsem oslovila zařízení pro seniory. Sběr dat probíhal od prosince 2014 do března 2015 v Praze.

### **10.1. Cíle výzkumného šetření**

Cílem výzkumného šetření je zmapovat, kolik dlouhověkých seniorů žije v pražských zařízeních pro seniory v poměru k mladším seniorům. Zajímala mne také skutečnost, v jakém funkčním stavu dlouhověcí senioři nyní jsou.

### **10.2. Metody výzkumného šetření**

Výzkumné šetření jsem realizovala pomocí dotazníkového šetření. Zvolila jsem si polostrukturovaný typ dotazníku.

Tento typ dotazníku obsahuje jak standardizované otázky, kdy si respondenti vybírají z předem připravených odpovědí, tak otevřené otázky, kde se dotazující mohou vyjádřit svými vlastními slovy. Dotazníky jsou zaslány či sděleny ústně vybrané skupině lidí. Díky této metodě je možné sesbírat velké množství dat s méně podrobnými informacemi.

Toto šetření je svou povahou kvantitativního charakteru a neklade si za cíl vyhodnocovat zjištěná data vědeckými metodami.

Dotazník obsahuje tyto otázky:

- Název zařízení
- Typy sociálních služeb nabízené seniorům
- Cílová skupina zařízení
- Celková kapacita zařízení - počet klientů
- Celkový počet mužů
- Počet mužů 90let a více
- V jakém jsem muži (90let a více) obecně funkčním stavu?
- Celkový počet žen
- Počet žen 90let a více
- V jakém jsou ženy (90let a více) obecně funkčním stavu?

Pro realizaci výzkumného šetření jsem si zvolila pražská zařízení pro seniory. Dotazníky jsem rozeslala do domovů pro seniory, domovů se zvláštním režimem a do domů s pečovatelskou službou. Celkem jsem odeslala 39 dotazníkových šetření.

### 10.3. Metodika výzkumného šetření

Zařízení pro seniory jsem oslovila v listopadu 2014. Sběr dat probíhal od prosince 2014 do března 2015 v Praze. Zpracování získaných dat probíhalo v dubnu 2015.

Cílovou skupinu tvoří zařízení pro seniory sídlící v Praze. Od původního plánu rozeslat dotazníky zařízením po celé České Republice jsem nakonec ustoupila, z důvodu velkého množství těchto zařízení. Pro šetření jsem si zvolila písemnou formu dotazování.

Oslovila jsem 39 potenciálních respondentů e-mailem, který obsahoval prosbu o spolupráci a především odkaz na snadné vyplnění dotazníku přes internet. Pro realizaci online dotazníku jsem využila webové aplikace Survio. Tato aplikace umožňuje snadno a rychle vytvořit přehledný dotazník online. Obsah a forma dotazníku byla tedy uzpůsobena tak, aby respondentům vyplňování zabralo co nejméně času. Účast na výzkumném šetření potvrdilo a dotazníky vyplnilo pouze třináct oslovených zařízení pro seniory. Ostatní se k mé prosbě nevyjádřily a dotazníky nevyplnily.

S každým odeslaným odkazem pro vyplnění dotazníku jsem v emailu vysvětlila postup práce. Především jsem všechna zařízení ubezpečila, že získané informace použiji pouze pro účely této diplomové práce. Všechny získané vyplněné dotazníky jsem ukládala pomocí webových stránek Survio. Následně jsem odpovědi přepsala a zanesla do diplomové práce, kde jsem je zpracovala a interpretovala.

### 10.4. Charakteristika souboru

Soubor dotazovaných zařízení tvořilo třináct zařízení pro seniory provozující domov pro seniory, domov se zvláštním režimem nebo dům s pečovatelskou službou. Všechny zařízení se vyskytují v Praze. Pro přehlednost slouží níže uvedená tabulka č. 1.

**Tabulka 1.: Údaje o zkoumaných zařízeních**

Zařízení	Název zařízení	Sídlo zařízení	Typy sociálních služeb
Zařízení č.1	Dům s pečovatelskou službou	Praha	dům s pečovatelskou službou
Zařízení č.2	Dům seniorů	Praha 19	pečovatelská služba
Zařízení č.3	Penzion pro seniory	Praha 6	pečovatelská služba
Zařízení č.4	Domov pro seniory	Praha 10	domov pro seniory, domov se zvláštním režimem
Zařízení č.5	Domov pro seniory	Praha	domov pro seniory
Zařízení č.6	Domov pro seniory	Praha 11	domov pro seniory (+ odlehčovací služba, denní stacionář)
Zařízení č.7	Domov pro seniory	Praha 6	domov pro seniory (+ odlehčovací služba)
Zařízení č.8	Domov pro seniory	Praha 4	domov pro seniory
Zařízení č.9	Domov pro seniory	Praha 8	domov pro seniory, domov se zvláštním režimem
Zařízení č.10	Domov pro seniory	Praha 9	domov pro seniory

Zařízení č.11	Domov pro seniory	Praha 8	domov pro seniory
Zařízení č.12	Dům sociálních služeb	Praha	domov pro seniory
Zařízení č.13	Domov pro seniory	Praha 4	domov pro seniory

## 10.5. Shrnutí výzkumného šetření a interpretace

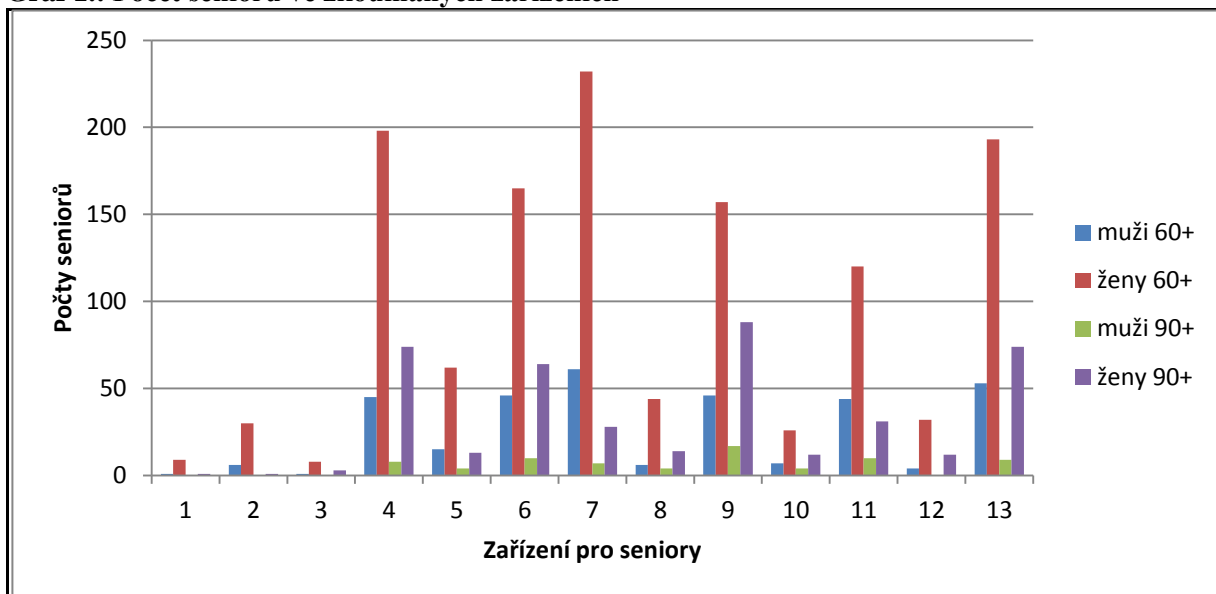
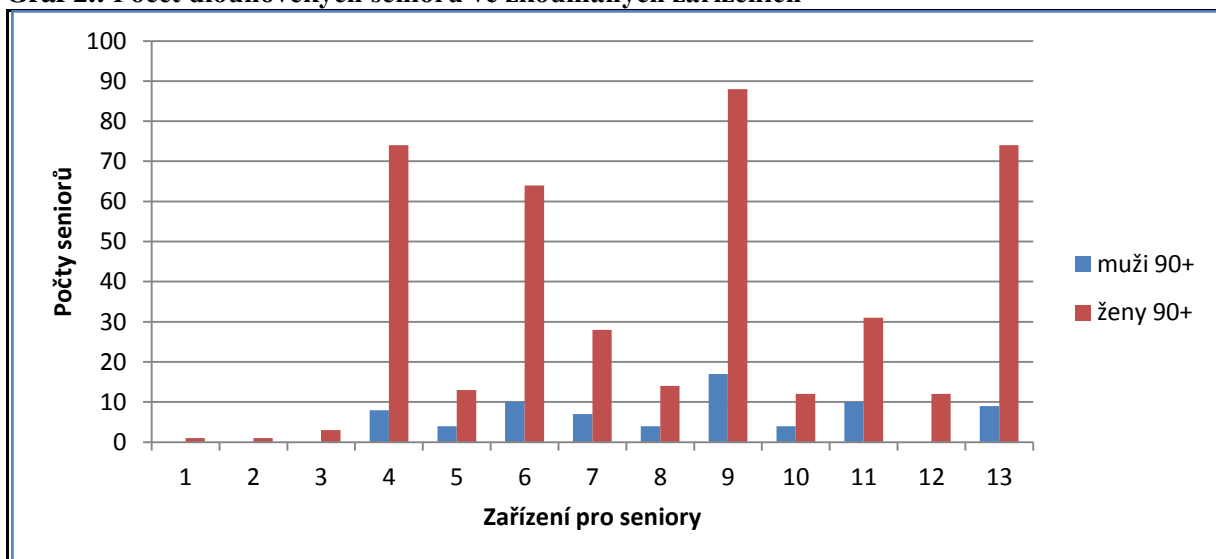
V následujících tabulkách a grafech jsou uvedeny vybrané výsledky výzkumného šetření doplněné mým komentářem. Vybírám jen ty otázky, které se bezprostředně týkají stanovených cílů.

Nadpisy tabulek a grafů kopírují otázky dotazníku, formulace odpovědí jsou v nutném případě kráceny. Z prostorových důvodů je upravuji, jejich smysl však zůstal zachován.

Dříve než se začnu zabývat počtem dlouhověkých seniorů a jejich funkčním stavem, musím upozornit na velmi odlišné počty dlouhověkých seniorů v určitých typech zařízení. Počty se odvíjí především od kapacitních možností, které zařízení má. Některá zařízení mají vysoké kapacity, jiná takové možnosti nemají. Velmi záleží na velikosti zařízení. Např. domovy pro seniory mívají větší množství lůžek nežli např. domy s pečovatelskou službou.

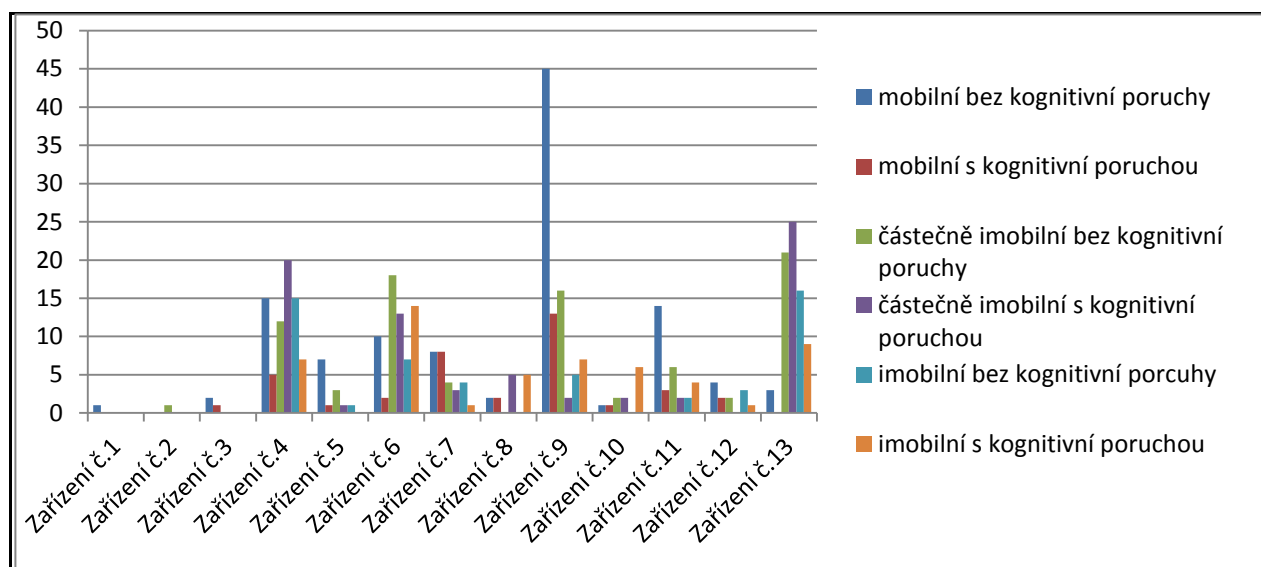
**Tabulka 2.: Počet seniorů ve zkoumaných zařízeních**

Zařízení	celkový počet klientů	muži 60+	ženy 60+	muži 90+	ženy 90+
Zařízení č.1	11	1	9	0	1
Zařízení č.2	36	6	30	0	1
Zařízení č.3	9	1	8	0	3
Zařízení č.4	248	45	198	8	74
Zařízení č.5	87	15	62	4	13
Zařízení č.6	220	46	165	10	64
Zařízení č.7	311	61	232	7	28
Zařízení č.8	52	6	44	4	14
Zařízení č.9	211	46	157	17	88
Zařízení č.10	33	7	26	4	12
Zařízení č.11	172	44	120	10	31
Zařízení č.12	38	4	32	0	12
Zařízení č.13	260	53	193	9	74

**Graf 1.: Počet seniorů ve zkoumaných zařízeních****Graf 2.: Počet dlouhověkových seniorů ve zkoumaných zařízeních**

V tabulce 2. a grafech 1. a 2. jsou uvedeny počty seniorů ze všech mnou zkoumaných zařízení. Předně je nutné znovu zdůraznit, že zkoumaná zařízení nejsou stejného typu a že celková kapacita zařízení je různá vzhledem k možnostem zařízení. Podle celkového počtu seniorů lze však vidět, jak velmi se liší počty seniorů v porovnání s počty dlouhověkových seniorů. Ve všech zařízeních převládá počet mladších seniorů oproti dlouhověkým. Zaměřím se především na počty žen, kde je jasně zřejmá převaha jak mladších seniorek, tak dlouhověkových. Počet mužů je více jak třikrát menší než počet žen, je tomu tak ve všech zařízeních. U dlouhověkových žen je to různé. Nicméně převaha je také značná. Například v zařízení č. 4 je dlouhověkových žen 74, oproti tomu dlouhověkových mužů je pouze osm. V některých případech je dokonce dlouhověkových žen více než mužů seniorů v mladším věku. Můžeme také vidět, že některá zařízení neubytovávají žádného dlouhověkého muže. Potvrzuje se zde fakt, že dlouhověkových žen je oproti dlouhověkým mužům velká převaha.

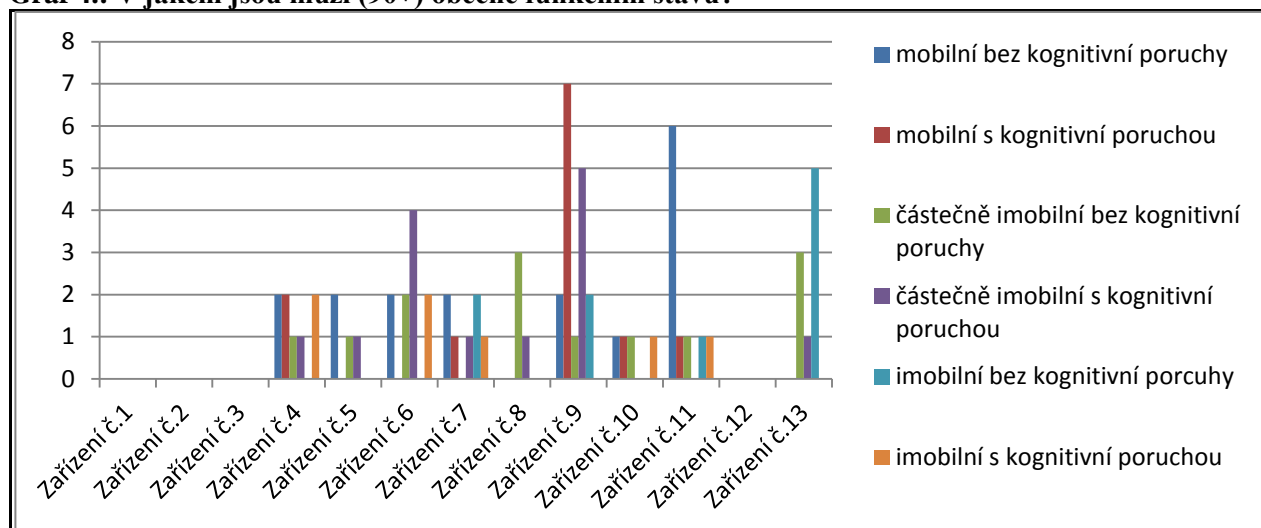
**Graf 3.: V jakém jsou ženy (90+) obecně funkčním stavu?**



**Tabulka 3.: V jakém jsou ženy (90+) obecně funkčním stavu?**

Dlouhověkové ženy	č.1	č.2	č.3	č.4	č.5	č.6	č.7	č.8	č.9	č.10	č.11	č.12	č.13
mobilní bez kognitivní poruchy	1	0	2	15	7	10	8	2	45	1	14	4	3
mobilní s kognitivní poruchou	0	0	1	5	1	2	8	2	13	1	3	2	0
částečně imobilní bez kognitivní poruchy	0	1	0	12	3	18	4	0	16	2	6	2	21
částečně imobilní s kognitivní poruchou	0	0	0	20	1	13	3	5	2	2	2	0	25
imobilní bez kognitivní poruchy	0	0	0	15	1	7	4	0	5	0	2	3	16
imobilní s kognitivní poruchou	0	0	0	7	0	14	1	5	7	6	4	1	9

**Graf 4.: V jakém jsou muži (90+) obecně funkčním stavu?**



**Tabulka 4.: V jakém jsou muži (90+) obecně funkčním stavu?**

Dlouhověcí muži	č.1	č.2	č.3	č.4	č.5	č.6	č.7	č.8	č.9	č.10	č.11	č.12	č.13
mobilní bez kognitivní poruchy	0	0	0	2	2	2	2	0	2	1	6	0	0
mobilní s kognitivní poruchou	0	0	0	2	0	0	1	0	7	1	1	0	0
částečně imobilní bez kognitivní poruchy	0	0	0	1	1	2	0	3	1	1	1	0	3
částečně imobilní s kognitivní poruchou	0	0	0	1	1	4	1	1	5	0	0	0	1
imobilní bez kognitivní poruchy	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	1	0	5
imobilní s kognitivní poruchou	0	0	0	2	0	2	1	0	0	1	1	0	0



V grafech 3.,4. a tabulkách 3.,4. jsou uvedeny funkční stavy dlouhověkových žen i mužů. Sociální pracovníci vyplňující dotazníky měli možnost zvolit z následujících variant. Dlouhověcí ženy či muži mobilní bez kognitivní poruchy, mobilní s kognitivní poruchou, částečně imobilní bez kognitivní poruchy, částečně imobilní s kognitivní poruchou, imobilní bez kognitivní poruchy nebo imobilní s kognitivní poruchou.

I když jsou funkční stavy dlouhověkových žen rozličné a v každém zařízení převládá jiný, můžeme vidět, že z celkového počtu převažuje celých 50 % dlouhověkových žen mobilních bez kognitivní poruchy.

A právě u výsledků získaných ze zařízení č. 1, 3, 5, 9, 11 a 12 si můžeme všimnout převládajících počtů mobilních dlouhověkových žen bez kognitivní poruchy. V zařízení č. 1 je pouze jedna dlouhověková žena, a ta je stále mobilní. V zařízení č. 3 převažuje také mobilita dlouhověkových žen, procentní převaha je necelých 67%. V zařízení č. 5 je převaha 54 %. Značné převahy si můžeme všimnout také v zařízení č. 9, kdy je celých 51 % dlouhověkových žen mobilních. V zařízení č. 11 je převaha 45 %, a v zařízení č. 12 je 33%.

Ve shodném počtu, v necelých 29 % má zařízení č. 7 ubytovaných mobilních žen bez kognitivní poruchy, ale také s kognitivní poruchou.

V ostatních zařízeních převládá jiný funkční stav. V zařízení č. 2 je jediná dlouhověková žena částečně imobilní. Zařízení č. 4 ubytovává celých 27 % dlouhověkových žen částečně imobilních s kognitivní poruchou. V zařízení č. 6 je 28 % dlouhověkových žen částečně imobilních. Zařízení č. 8 ve stejném počtu, v necelých 36 % ubytovává částečně imobilní dlouhověkové ženy s kognitivní poruchou a také plně imobilní s kognitivní poruchou. V zařízení č. 10 je celých 50 % dlouhověkových žen imobilních s kognitivní poruchou. A v zařízení č. 13 je 34 % dlouhověkových žen částečně imobilních s kognitivní poruchou.

U dlouhověkových mužů nejsou počty tak vysoké jako tomu bylo u dlouhověkových žen. Je tomu tak vzhledem k obecné převaze dlouhověkových žen oproti mužům.

Zařízení č. 1, 2 a 3 neubytovává žádného dlouhověkého muže. V zařízení č. 4 nepřevládá žádný funkční stav, však nejvyšší shodný počet dlouhověkových mužů je mobilních, dále mobilních s kognitivní poruchou, a také imobilních s kognitivní poruchou. V zařízení č. 5 je celých 50 % mužů mobilních. V zařízení č. 6 je 40 % mužů částečně imobilních s kognitivní poruchou. V zařízení č. 7 je shodný počet u dvou funkčních stavů. V necelých 29 % jsou muži mobilní a také imobilní bez kognitivní poruchy. V zařízení č. 8 je 75 % převaha funkčního stavu částečné imobility. V zařízení č. 9 je 41 % dlouhověkových seniorů mobilních s kognitivní poruchou. V následujícím zařízení č. 10 není převaha funkčního stavu. V zařízení č. 11 je 60% dlouhověkových mužů mobilních. V zařízení č. 12 není ubytovaný žádný dlouhověkový muž. A v zařízení č. 13 je 55% dlouhověkových mužů imobilních bez poruch.

Cílem dotazníkového šetření bylo zmapovat, kolik dlouhověkových seniorů žije v pražských zařízeních pro seniory v poměru s mladšími seniory. Chtěla jsem také zjistit skutečnost, v jakém funkčním stavu dlouhověcí senioři nyní jsou.

Než se začnu zabývat výsledky výzkumného šetření, ráda bych upozornila na skutečnost, že zkoumaný soubor je velmi malý. V teoretické části jsem uvedla, že se v ČR vyskytuje 494 domovů pro seniory, 228 domovů se zvláštním režimem a 754 registrovaných pečovatelských služeb. Mnou zkoumaných zařízení je pouze 13. Výzkumné šetření tedy slouží spíše k dokreslení tématu diplomové práce. Z výsledků nelze dělat obecné závěry.

Dále je nutné uvědomit si skutečnost, že počty dlouhověkových žen i mužů se liší v závislosti na určitém typu a velikosti zařízení. To však nevyvrací skutečnost, že počet dlouhověkových seniorů v pražských zařízeních není zanedbatelný. V některých případech dokonce počty dlouhověkových seniorů přesahují počty mladších seniorů. Ze získaných dat také vyplynulo, že se počty liší v závislosti na pohlaví. V pražských zařízeních pro seniory žije velká část dlouhověkových žen. Převaha dlouhověkových žen oproti dlouhověkým mužům je značná. V určitých zařízeních je dokonce počet dlouhověkových žen třikrát větší nežli počet dlouhověkových mužů.

Funkční stav těchto dlouhověkových seniorů je různý. Z celkového počtu 488 zkoumaných osob je 179 klientů dlouhověkových (150 žen a 29 mužů). Mezi dlouhověkými je 129 osob bez kognitivní poruchy (112 žen a 17 mužů). 50 osob, tedy menší procento dlouhověkových má diagnostikovanou kognitivní poruchu (38 žen a 12 mužů). Částečně imobilních je z celkového počtu 488 dlouhověkových seniorů 185 klientů (158 žen a 27 mužů). Bez kognitivní poruchy je 98 osob (85 žen a 13 mužů) a s kognitivní poruchou 87 osob (73 žen a 14 mužů). Dlouhověkových seniorů trpících imobilitou je z celkového počtu 488 zkoumaných osob 124 (107 žen a 17 mužů). Mezi imobilními dlouhověkými seniory je bez kognitivní poruchy 63 osob (53 žen a 10 mužů). Kognitivní poruchou trpí 61 imobilních osob (54 žen a 7 mužů).

Nelze říci, že by byl určitý stav obecně převládající. Je však očividné, že z necelých 30% převažuje mobilita dlouhověkových seniorů bez kognitivních poruch. Tato skutečnost mě překvapila zejména u dlouhověkových žen, jejichž mobilita je velmi častá. Však vzhledem k malému počtu zkoumaných zařízení nelze tento fakt považovat za příliš zásadní. Je také obecně známo, že v Praze žije dlouhověkových seniorů nejvíce, bylo by tedy velmi zajímavé porovnat výsledky pražských zařízení s ostatními regiony.

Lze tedy říci, že v pražských zařízeních, typu domov pro seniory, domov se zvláštním režimem a dům s pečovatelskou službou je velká část seniorů dlouhověkových. I když v teoretické části mnohokrát uvádím, že se stoupajícím věkem stoupají také zdravotní rizika, můžeme zde vidět, že tomu tak úplně ve skutečnosti není. Funkční stav zkoumaných dlouhověkových seniorů je ve většině případů velmi příznivý.

## 11. Výzkumné šetření č.2

Pro realizaci tohoto výzkumného šetření jsem vyhledala seniory ve věku nad 90let a následně spolupracovala se šesti z nich. Mezi vybrané seniory patří pouze ženy. Důvodem je, že Domov pro seniory, ve kterém jsem rozhovory uskutečnila, má velkou převahu dlouhověkových žen oproti mužům. Dlouhověcí muži v tomto zařízení rozhovory odmítli nebo nebyli schopni se rozhovoru účastnit kvůli nedobrému zdravotnímu stavu. Toto výzkumné šetření jsem realizovala v únoru 2015.

### 11.1. Cíle výzkumného šetření

Cílem výzkumného šetření je zmapovat, jaký byl průběh života seniorů, jak se celkově cítí a v jakém jsou nyní zdravotním stavu. Zajímalo mne také, zda má takto dlouhý život nějaké příčiny? Jsou to geny, klidný život, sport, výživa? Cílem tedy bylo zjistit také tuto skutečnost.

### 11.2. Metody výzkumného šetření

K výzkumnému šetření jsem si zvolila kvalitativní metodu. Použila jsem polostrukturovaný osobní rozhovor.

Tento typ rozhovoru má předem daný soubor témat a volně přidružených otázek, ale jejich pořadí, volba slov a formulace může být v průběhu rozhovoru pozměněna. Konkrétní otázky, které se zdají být nevhodné, mohou být i vynechány. Jiné naopak mohou být přidány. Záleží na situaci a především na respondentovi.

Toto šetření je svou povahou kvalitativního charakteru a neklade si za cíl vyhodnocovat zjištěná data vědeckými metodami.

Rozhovor obsahuje tyto otázky:

- Ve kterém roce jste se narodila?
- Jaké jste měla dětství?
- Jaké je Vaše vzdělání?
- Založila jste vlastní rodinu? Máte děti?
- Jaká jste vykonávala zaměstnání?
- Prodlělala jste v průběhu života vážnější zdravotní onemocnění?
- Jaký je Váš současný zdravotní stav?
- Jaký jste měla vztah ke sportu?
- Jaké byli a jsou Vaše stravovací návyky?
- Jak jste nejčastěji trávila svůj volný čas?
- Jak trávíte volný čas nyní?
- Co Vás nejvíce těší?

- Jak se v současné době cítíte?
- Kde v současné době žijete?
- Kdo je Vaší oporou?

Ve svém okolí nemám mnoho dlouhověkových seniorů a zejména seniorů, kteří by byli ochotni podstoupit osobní rozhovor. Z toho důvodu jsem si vybrala pro uskutečnění rozhovorů Domov pro seniory v Praze, kde mi byla nápomocna sociální pracovnice.

### **11.3. Metodika výzkumného šetření**

Cílovou skupinu tvoří ženy ve věku nad 90let. Od původního plánu uskutečnit rozhovory jak se ženami, tak s muži jsem musela bohužel upustit. Oslavila jsem deset dlouhověkových žen, z nichž se čtyři ženy odmítli výzkumného šetření účastnit. Dále jsem oslovila sedm dlouhověkových mužů, u kterých jsem bohužel neuspěla vůbec. Všichni účast ve výzkumném šetření odmítli. Setkala jsem se s velkou ochotou účastnit se u mužů mladších věkových kategorií. Ti však bohužel nepatří do zkoumané skupiny.

Se všemi dotazovanými seniory jsem byla předem seznámena pomocí jejich důvěrně známé sociální pracovnice. Seniorky byli také předem informováni o okruhu otázek, což vedlo k jejich větší ochotě a především otevřenosti. Před realizací rozhovoru jsem všechny ubezpečila, že zůstane zachována jejich anonymita a že veškeré sdělené informace budou využity pouze pro účely této diplomové práce. Pro zachování anonymity jsem použila smyšlená jména.

Všechny rozhovory byly vedeny mnou, jakož to autorkou této práce v Domově pro seniory v Praze. Místo pro rozhovor si zvolili seniorky sami. Ve všech případech jsem rozhovor uskutečnila v soukromí, v pokojích, kde respondentky žijí.

Ještě před prvním rozhovorem jsem respondentkám opět vysvětlila postup práce. Délka rozhovoru byla vysoce individuální, průměrná délka však činila 45 minut. Záleželo na okolnostech. V některých případech stačila na otázku odpověď v jedné větě, jindy se seniorky o svých životech rozpovídaly. Ve všech případech z rozhovoru vyplynula přátelská atmosféra a respondentky byly velice sdílné. Všechny uskutečněné rozhovory jsem zaznamenávala na diktafon. Následně jsem je přepsala a vyhledala ve výpovědích důležitá fakta, která jsem poté zanesla do diplomové práce a vyhodnotila.

### **11.4. Charakteristika souboru**

Soubor dotazovaných respondentek tvořilo šest dlouhověkových žen. Všechny dotazované ženy žily v Domově pro seniory v Praze. Sociodemografické údaje o respondentkách jsou uvedeny v tabulce č.5.

**Tabulka 5.: Sociodemografické údaje.**

Jméno	Věk	Dosažené vzdělání	Poslední povolání	Bydliště
Vlasta	93 let	vyučená	PRODAVAČKA	DS Praha
Anna	93 let	SŠ	DOMÁCÍ PRÁCE	DS Praha
Dana	104 let	VŠ	ZÁSTUPCE NA MZČR	DS Praha
Lucie	94 let	vyučená	PRODAVAČKA	DS Praha
Marie	97 let	vyučená	ŠVADLENA	DS Praha
Jaroslava	101 let	VŠ	DĚTSKÝ PEDIATR	DS Praha

Jak je z tabulky č. 5 zřejmé, respondentky byly ve věku od 93 do 104 let. Tři ženy byly vyučené, jedna vystudovala SŠ, a dvě VŠ. Poslední profese žen byly různé. Jedna žena se živila domácími pracemi, dvě ženy byly prodavačky, jedna byla švadlena. S VŠ vzděláním působily ženy jako dětský pediatr a zástupce na MZČR. Všechny dotazované respondentky žily v domově pro seniory v Praze,

## **11.5. Rozhovory s dlouhověkými seniory**

### **11.5.1. Respondentka č.1: Paní Vlasta, 93 let**

#### **1. Ve kterém roce jste se narodila?**

Paní Vlasta se narodila roku 1922. Tento rok oslaví 93leté narozeniny.

#### **2. Jaké jste měla dětství?**

Paní Vlasta se mi svěřila, že její dětství bylo „překrásné“. Měla milující rodiče, a především neuvěřitelně hodnou maminku, která se o ní a její sourozence starala s láskou. Její rodina byla velice početná, měla 4 sourozence a spoustu strýčků, tetiček, babičky, dědečky, apod. Jako dítě si paní Vlasta užila spoustu legrace, vzpomínala na zážitky, které prožila, i na krušné chvíle, které někdy samo sebou potkají každého z nás. Především upozorňovala na to, jak si rodiče vždy se vším hravě poradili.

#### **3. Jaké je Vaše vzdělání?**

Paní Vlasta byla vyučena jako prodavačka.

#### **4. Založila jste vlastní rodinu? Máte děti?**

*„Když jsem se vyučila, potkala jsem krásného chlapce, do kterého jsem se hrozně zamilovala. Dokonce jsem za ním i v noci utíkala. Byla jsem mladá a blbá. Jak se ale ukázalo, byl to mužskej pro mě. No nakonec jsme se vzali a já s ním strávila život, až do jeho smrti. Po něm už jsem žádného*

*chlapa nechtěla.*“ Paní Vlasta se tedy už krátce po vyučení vdala. Její muž byl ze Šumavy. Porodila mu čtyři děti. Tři kluky a jednu holčičku, která jim však krátce po porodu zemřela. Byla to pro ni velká rána, ale díky manželovi i třem synům se s tím vyrovnala. „*Vždy jsem chtěla holčičku, ale měla jsem doma jen čtyři chlapy*“ svěřila se paní Vlasta.

#### **5. Jaká jste vykonávala zaměstnání?**

Většinu života se paní Vlasta živila jako prodavačka. Dlouhou dobu pracovala na Václavském náměstí u Bati jako prodavačka obuvi. Tam jí to velice bavilo. Když začala mít zdravotní problémy a nemohla tuto profesi vykonávat, začala pracovat z domova. Živila se ručními pracemi. Nejraději vyšívala obrazy, což jí zůstalo jako koníček dodnes.

#### **6. Prodělala jste v průběhu života vážnější onemocnění?**

Podle slov paní Vlasty jí v životě potkala spousta menších zdravotních potíží. „*Pokud Vás nemoc neskolí, nic to není a jde se zase dál.*“ Zásadní však pro paní Vlastu byly srůsty ve střevech. „*Musela jsem prodělat hroznou operaci. Trvalo dlouho, než jsem se z toho úplně dostala. Pamatuju se, že jsem měla strašné bolesti. Bylo to hrozné.*“ Tento zdravotní problém také způsobil, že paní Vlasta musela být nějakou dobu doma a to bylo pro ni i její rodinu těžkou zkouškou, především z finančního hlediska. V seniorských letech prodělala paní Vlasta ještě operaci kyčlí.

#### **7. Jaký je Váš současný zdravotní stav?**

Nyní je paní Vlasta v pořádku. Až na klasické zdravotní potíže, které občas stáří přinese se má podle jejich vlastních slov velmi dobře. Operace kyčlí, kterou prodělala, jí nepomohla tak jak by si asi představovala, ale za pomoci holí chodí bez větších obtíží. Také se jí třesou ruce, ale to ji neodradí od různých společenských aktivit, ani od jejích koníčků.

#### **8. Jaký jste měla vztah ke sportu?**

„*Jako dítě jsem s maminkou navštěvovala Sokol. Bylo to úžasné. Hrozně mě to bavilo. Maminka byla jednou z cvičitelek, takže jsem měla i lehkou protekci. Po skončení cvičení jsem si mohla ještě v tělocvičně hrát. Nejvíce mě bavily kruhy. Jednou jsem se tak rozhoupala, že jsem vyletěla a spadla z hrozné výšky. Dopadlo to tak, že jsem si zlomila ruku a narazila žebra.*“ sdělila mi se smíchem paní Vlasta. V dospělosti se paní Vlasta už sportu věnovala jen rekreačně. V podstatě jen díky svým dětem. Sport jí v dospělosti už příliš nebavil.

#### **9. Jaké byly a jsou Vaše stravovací návyky?**

„*Jedla jsem úplně normálně, neodepřela jsem se zdravou zeleninu, ani nezdravé uzeniny.*“ Paní Vlasta mi sdělila, že její stravování nebylo nijak zvláštní. Jedla normální pestrá stravu. Jediné co nejedla, ani dnes nejí je sladké. „*Na to vůbec nejsem, to si raději dám buřtu s cibulí.*“ Její oblíbené jídlo jsou různé druhy sýrů a také jak už bylo uvedeno buřty s cibulí a tlačenka.

#### **10. Jak jste nejčastěji trávil svůj volný čas?**

Svůj volný čas obětovala paní Vlasta svým dětem. Od malička byla zvyklá na rodičovský zájem a rodinné aktivity, proto pro ni bylo samozřejmé ponechat to takto i nadále. Ráda s dětmi chodila na výlety, hrála hry, apod. Také s nimi sportovala, ovšem sportovaly spíše děti, ona učila či

přihlížela. V pozdějších letech, když ji už tolik děti nepotřebovaly, začala s ručními pracemi. Stalo se to také její obživou. Největším koníčkem bylo a stále je vyšívání obrazů. Paní Vlasta mi své nejlepší práce – nejlepší vyšité obrazy ukázala. Má je stále schované a ráda na toto období vzpomíná. V pokročilém stáří, dříve však než nastoupila do Domova pro seniory, si našla paní Vlasta klub pro seniory. V tomto klubu se spřátelila se třemi ženami stejné věkové kategorie. Jako kamarádky jezdily na různé výlety, chodily na různé akce pořádané pro seniory, účastnily se přednášek, apod.

#### **11. Jak trávíte volný čas nyní?**

Nyní se paní Vlasta účastní všech programů pořádaných v Domově pro seniory, ve kterém žije. Navštěvuje aktivizační cvičení s Tamarou, které trvá hodinu každý den dopoledne. Pokud se koná nějaký jiný program, ona tam nemůže chybět. Nejraději má hudební programy. V domově si paní Vlasta našla také kamarádku. *„Vždy si ráda se svou kamarádkou popovídám. Je to moc milá silná paní.“* Její jméno si nepamatuje, ale mluvila o ní velice pěkně. V jiných chvílích se paní Vlasta ráda prochází v parku, který je součástí DS nebo také ráda luští křížovky.

#### **12. Co Vás nejvíce těší?**

Paní Vlasta se mi svěřila, že ji nejvíce těší, když se za ní přijede podívat její rodina. Bohužel nikdo z rodiny nebydlí v Praze. Musí dojíždět z velké dálky, takže podle slov paní Vlasty nechodí příliš často. Nejčastěji ji navštěvuje její syn se snachou. *„To mám potom hned lepší náladu, když se na mě někdo přijede podívat“* zdůraznila paní Vlasta, kterou v jiných dnech těší také povídání s její již zmíněnou kamarádkou nebo programy, které pořádá DS.

#### **13. Jak se v současné době cítíte?**

*„Cítím se dobře, jen ten krk a noha mě pořád bolí. Nedávno jsem spadla z postele. Chtěla jsem si pro něco dojít, podklouzla mi noha a šup, už jsem ležela na zemi. Nic se mi nestalo, narazila jsem jen nohu a asi jsem si hnula s krkem.“* Mimo bolesti z nedávného pádu se paní Vlasta cítí dobře. Podle jejích slov je o ni dobře postaráno.

#### **14. Kde v současné době žijete?**

Paní Vlasta žije v Domově pro seniory v Praze.

#### **15. Kdo je Vaší oporou?**

Pro paní Vlastu je největší oporou již zmíněný syn se snachou, její kamarádka v DS a také sociální pracovnice, která ji pravidelně navštěvuje a povídá si s ní.

### **11.5.2. Respondentka č.2: Paní Anna, 93 let**

#### **1. Ve kterém roce jste se narodila?**

Paní Anna se narodila roku 1922. Tento rok oslaví 93leté narozeniny.

#### **2. Jaké jste měla dětství?**

Paní Anna mi sdělila, že se její rodiče vzali po první světové válce, kdy byl v Čechách celkem těžký život. Chvilí po sňatku se jim narodila dcera – paní Anna. Porod probíhal velmi složitě. Paní Anna při porodu málem zemřela. Doktoři ji museli porodit za pomoci kleští. Následné dětství paní

Anny bylo velmi hezké. „Byla jsem jedináček, takže se rodiče mohli věnovat jenom mě. Byli oba velmi hodní. Maminka byla trochu přísná, ale nebyla zlá. Snažila se mě vést správnou cestou.“

### **3. Jaké je Vaše vzdělání?**

Paní Anna navštěvovala 4 roky měšťanskou školu a poté 2 školu rodinnou.

### **4. Založila jste vlastní rodinu? Máte děti?**

„Samozřejmě, že ano“ odpověděla s údivem paní Anna na mou otázku. Krátce po škole se paní Anna vdala a porodila dvě děti. Dceru a syna. Její děti založily také rodinu, takže se jí poštěstilo a má opravdu velkou rodinu. Paní Anna má již 4 vnoučata a dokonce 11 pravnoučat. Před nedávnem jí však zemřela dcera na rakovinu. „Takže mám už jen syna. Po dceři mi ale stále zůstala vnoučata a pravnoučata, která mě se zetěm chodí navštěvovat.“

### **5. Jaká jste vykonávala zaměstnání?**

Téměř celý život se paní Anna živila ručními pracemi. Až do dceřiných 14 let šila, vycpávala a zdobila malé i velké hračky, většinou medvídky. Poté síťovala tašky, šila rukavice, vyráběla kabelky, apod. V pozdějších letech pracovala paní Anna u lisu se zipy, dále pracovala v teplárně a dokonce zastávala pozici technického pracovníka ve výzkumném ústavu. Pracovní zkušenosti paní Anny jsou opravdu obdivuhodné. Je očividné, že se paní Anna nebála žádné výzvy.

### **6. Prodlála jste v průběhu života vážnější onemocnění?**

Paní Anna se mi svěřila, že za život ji potrápila spousta zdravotních obtíží. Pro ni nenáročnější zásah do jejího organismu bylo prodělání čtyř rozsáhlých plastických gynekologických operací. „Po druhém náročném porodu se mi celý spodek povolil a operacemi se snažili mi ho dát nějakým způsobem dohromady. Povolilo a pokazilo se úplně všechno.“ Po dlouhém boji se však podařilo dát vše do pořádku. Dále má paní Anna ischemickou chorobu srdeční. V pozdějším věku ji také začalo trápit zažívání, které ji nedá do dnes klid.

### **7. Jaký je Váš současný zdravotní stav?**

Paní Anna si postěžovala, že jí stále něco trápí, ale ne nic příliš zásadního. Z nemocí ji nejvíce obtěžuje především chronická rýma, která je podle jejích slov velmi nepříjemná. Má také bolesti krční páteře, které způsobují občasné velké bolesti hlavy. Jinak je dle paní Anny vše v pořádku.

### **8. Jaký jste měla vztah ke sportu?**

Jako malé dítě chodila paní Anna pravidelně do Sokola, kde cvičila gymnastiku. Docházela do něho celých deset let. Poté navštěvovala dramatický kroužek, kde hrála divadlo. Ve většině případů hrála větší role, protože byla dle svého mínění velmi šikovná. V dospělosti se už sportu nevěnovala. „Cvičila jsem denně kolem svých dětí“ uvedla paní Anna.

### **9. Jaké byly a jsou Vaše stravovací návyky?**

„Vždy jsem jedla normálně. Nic jsem si neodpírala, ani jsem se nepřejídala. Samozřejmě jsem čas od času také zhrěšila a pořádně jsem se nacpala“ svěřila se paní Anna.



## **10. Jak jste nejčastěji trávil svůj volný čas?**

Paní Anna využívala svůj volný čas naplno. Nejraději jezdila na chalupu, kde relaxovala, ale také pracovala. Paní Anna chovala na své chalupě králíky. *„Na chalupě bylo vždy celkem veselo- Spousta lidí, zvířata. To bylo moje“* uvedla paní Anna. Paní Anna se o chovu velmi rozpovídala. Chov králíků a celkově péče o zvířata jí naplňovali, i když to bylo celkem náročné. Chovala králíky především pro maso, a to i přes fakt, že je měla velmi ráda a každé zabití zvířete jí nedělalo dobře. Chov králíků nebyla její jediná záliba. Paní Anna také malovala talíře chodskými vzory. Některé si schovávala a některé na trzích prodávala. Pár talířů má ještě do dnes.

## **11. Jak trávíte volný čas nyní?**

Paní Anna se dnes účastní každého programu, který Domov pro seniory pořádá. Účastní se rovněž cvičení, aktivizačních činností, apod. Je také součástí sboru, kde se svými přáteli zpívá. A protože kromě těchto zálib také velmi ráda čte, navštěvuje literární dílny, kde své dojmy z literárních děl může sdílet s ostatními.

## **12. Co Vás nejvíce těší?**

*„Vždy mě potěší, když za mnou zajde rodina nebo mí přátelé. Mám už dlouholetou přítelkyni, která za mnou občas také zajde, když jí to ovšem zdraví dovolí“* svěřila se paní Anna. Kromě návštěv těší paní Annu již umíněná záliby, jimiž vyplňuje svůj denní program v Domově pro seniory.

## **13. Jak se v současné době cítíte?**

S výjimkou zdravotních obtíží se cítí paní Anna dobře.

## **14. Kde v současné době žijete?**

Paní Anna žije v Domově pro seniory v Praze.

### **11.5.3. Respondentka č.3: Paní Dana, 104 let**

#### **1. Ve kterém roce jste se narodila?**

Paní Dana se narodila roku 1911. Tento rok oslaví 104leté narozeniny.

#### **2. Jaké jste měla dětství?**

Paní Dana měla podle svých slov pěkné dětství. Oba její rodiče byli kantoři. Matka byla učitelka v měšťanské škole a otec byl profesor na vysoké škole. Oba byli přísní, ale nikdy jí ani sourozence nebyli. Vždy jim rodiče vše řádně vysvětlili. Paní Dana měla jednoho sourozence, sestru. Se setrou si moc nerozuměla. *„Vždy jsme se hrozně hádaly a občas se také popraly. Vzpomínám si, že jsme jednou nebo dvakrát dostaly výprask. To už jsme to se sestrou přepískly. Ale jinak se nám snažily rodiče vždy všechno vysvětlit a nebít nás“* řekla paní Dana.

#### **3. Jaké je Vaše vzdělání?**

Paní Dana navštěvovala obecnou školu. Poté chodila do reálné školy. A v neposlední řadě se stala studentkou univerzity přírodních věd, kde studovala obor matematika a antropologie a stala se následně inženýrkou.

#### **4. Založila jste vlastní rodinu? Máte děti?**

Paní Dana potkala na univerzitě svého manžela, se kterým strávila život. Děti nikdy neměla. „*Děti jsem nemohla mít. To by jsem nemohla tolik cestovat, studovat a rozvíjet kariéru. Děti by mi v tom bránily. Nemohla bych nic. Nikdy jsem děti nechtěla*“ svěřila se paní Dana. Spolu s manželem procestovala mnoho částí světa. Poznala mnoho lidí, i známých osobností. Osobně také znala Emila Zátopka, se kterým chodívala spolu s manželem běhat.

#### **5. Jaká jste vykonávala zaměstnání?**

Po vystudování pracovala paní Dana ve správě na Ministerstvu zdravotnictví. V pozdějším věku se přesunula na Ministerstvo školství, kde zastupovala lidi, kde bylo potřeba. Např. když byl někdo nemocný nebo odcházel na mateřskou dovolenou, ona jej zastoupila.

#### **6. Prodělala jste v průběhu života vážnější zdravotní onemocnění?**

Paní Dana prodělala za život nespočetně mnohokrát pneumotorax. „*Nevím to už přesně, ale desetkrát jsem ho prodělala určitě*“ uvedla paní Dana. Léčba byla v mnoha případech těžká. Dvakrát musela na operaci, a několikrát ji drénovali. Mimo této velmi nepříjemné zdravotní komplikace, prodělala paní Dana závažnou zlomeninu obou kyčlí. Od té doby se potýkala se zhoršenou chůzí, což se s věkem stupňovalo. Z toho důvodu využila paní Dana ústavní péči a odešla ze svého domova do Domova pro seniory. Jiná závažná onemocnění paní Dana neprodělala.

#### **7. Jaký je Váš současný zdravotní stav?**

Již delší dobu paní Dana velkou část dne proleží. Může se sice ještě pomocí chodítka pohybovat, ale dělají jí to velké obtíže, a jelikož jí personál Domova pro seniory nemůže věnovat tolik času, většinu dne tráví na lůžku.

#### **8. Jaký jste měla vztah ke sportu?**

Paní Dana byla aktivní sportovkyní celý život. Nejraději běhala se svým manželem. Běhala velké dálky a každý den. Občas také běhala společně s Emilem Zátopkem, se kterým se díky svému manželovi přátelila. Účastnila se také různých závodů. Běhala tradičně šedesátku a také skákala do dálky. Později se stala trenérkou atletiky ve státních táborech.

#### **9. Jaké byly a jsou Vaše stravovací návyky?**

Paní Dana neměla nijak zvlášť specifickou stravu. Její strava byla normální. Jedla zdravě, ale také se sem tam našlo něco nezdravého.

#### **10. Jak jste nejčastěji trávila svůj volný čas?**

Nejčastěji trávila volný čas paní Dana cestováním. S manželem procestovala spousty koutů světa, především však Českou Republiku. „*Severní Čechy znám celé. Ty jsem s manželem projela křížem krážem, do poslední vesničky*“ uvedla paní Dana. Dalším koníčkem byl již zmíněný sport. Tomu se věnovala každý den. Když už jiné nestihla, zaběhat si šla paní Dana vždy. Největší zálibou byla a stále je příroda. „*Chodívala jsem už jako malá po lese a pozorovala zvířata. Vždy jsem byla sama. Užívala jsem si to ticha a klidu. Viděla jsem svlékat ještěrku z kůže, dokonce jsem i chovala veverku. Až když jsem přišla domů, dozvěděla jsem se, že jsou špinavé a mají blechy. Maminka mi*

*hrozně vynadala a pak mě dlouho kartáčovala ve vaně. Už jsem si pak na veverky dávala pozor. Nic mi ale v lese neušlo, všechno jsem musela vidět. I jako dospělá jsem v lese trávila spousty času“* svěřila se paní Dana.

#### **11. Jak trávíte volný čas nyní?**

Nejraději si nyní paní Dana čte knihy. Čte je v různých jazycích. Nejčastěji čte v angličtině, francouzštině a samo sebou v češtině. Píše také spousty dopisů, jelikož má mnoho přátel ve Švýcarsku, ve Švédsku a také v Kanadě. Když jsem se paní Dany zeptala, zda chodí také na cvičení, aktivizační programy nebo jiné programy Domova pro seniory odpověděla, že ne. Prý už ji o nich nikdo neříká, nikdo pro ni nechodí. Nikdo z domova už ji na programy nezve.

#### **12. Co Vás nejvíce těší?**

*„Nyní už mě moc věcí netěší. Celý den musím ležet. Nebaví mě to. Těším mě už jen to čtení a dopisy od přátel. Nikoho nemám, takže za mnou ani nikdo nechodí“* uvádí paní Dana.

#### **13. Jak se v současné době cítíte?**

Paní Dana se mi svěřila, že se necítí moc dobře. V domově se jí moc nelíbí. Na pokoji jsou ubytováni tři, ale vůbec spolu nekomunikují. Především proto, že se neslyší. Takže je to dle mínění paní Dany, jako kdyby bydlela sama. Sestry pracující v domově, vždy pouze přijdou udělat, co mají a zase odejdou a také s nimi nijak zvlášť nemluví. Občas přijde pouze sociální pracovnice, která se jí chvíli věnuje. Jiné mezilidské kontakty paní Dana nemá.

#### **14. Kde v současné době žijete?**

Paní Dana žije v Domově pro seniory v Praze.

#### **15. Kdo je Vaší oporou?**

Oporu paní Dana nemá v nikom. Manžel jí už před deseti lety zemřel. Navštěvovat ji nikdo nechodí, v domově kamarádky nemá. Od doby co nemá manžel je paní Dana úplně sama.

### **11.5.4. Respondentka č.4: Paní Lucie, 94 let**

#### **1. Ve kterém roce jste se narodila?**

Paní Lucie se narodila roku 1921. Tento rok oslaví 94leté narozeniny.

#### **2. Jaké jste měla dětství?**

Paní Lucie měla moc hezké dětství. Měla hodné rodiče. Nebyli na ni, ani na její dva sourozence přísní. Byli vždy velmi laskaví a nikdy na ně nekřičeli.

#### **3. Jaké je Vaše vzdělání?**

Paní Lucie se vyučila na obchodní škole.

#### **4. Založila jste vlastní rodinu? Máte děti?**

*„Vždy jsem chtěla velkou rodinu a v podstatě se mi to vyplnilo“* svěřila se paní Lucie, která se už krátce po vyučení vdala. S manželem měla tři děti, od kterých se dočkala pěti vnoučat a už také dvou pravnoučat.

## **5. Jaká jste vykonávala zaměstnání?**

Už po vyučení se paní Lucie stala prodavačkou a tou byla po celý život. Vystřídala spousty prodejen, v nichž prodávala. „*Bavilo mě prodávat v potravinách. To nebylo nijak zvlášť náročné. V textilu už takový klid nebyl. Také proto jsem tam pracovala jen jeden rok a pak už jsem tam nešla*“ uvedla paní Lucie.

## **6. Prodělala jste v průběhu života vážnější zdravotní onemocnění?**

Paní Lucie prodělala za život spousty operací. Byla několikrát na operaci se žlučníkem a žaludkem. Museli jí také vzít slepé střevo a vzniklou pupeční kýlu. I když operace nebyly příliš závažné, v takové míře to byl velký zásah do organismu. I přes to se paní Lucie těšila dále dobrému zdraví.

## **7. Jaký je Váš současný zdravotní stav?**

Současný zdravotní stav paní Lucie je dobrý. Až na běžné komplikace, jako jsou oteklé nohy a zhoršená chůze je paní Lucie ve velmi dobrém zdravotním stavu.

## **8. Jaký jste měla vztah ke sportu?**

Jako malé dítě paní Lucie navštěvovala Sokol, kde cvičila gymnastiku. Od té doby se sportu vyhýbala. Sport jí nebaví od „puberty“ až do dnes.

## **9. Jaké byly a jsou Vaše stravovací návyky?**

Paní Lucie se vždy stravovala normálně. Jedla pestrou stravu. „*Jediné v čem jsem hřešila, bylo sladké. Strašně ráda jsem jedla čokoládu. Snědla jsem jí za život hrozné množství*“ uvedla paní Lucie.

## **10. Jak jste nejčastěji trávil volný čas?**

Celý život paní Lucii bavilo starat se o rodinu. Vařit, uklízet, prát. Běžné každodenní činnosti kolem rodiny mohou kde komu připadat únavné a nudné. Paní Lucie si v nich libovala. Péče a starost o rodinu byl její největší koníček. Další zálibou bylo pletení. Pletla především oblečení pro svou rodinu, pro své děti.

## **11. Jak trávíte volný čas nyní?**

Paní Lucie dochází na veškeré programy a cvičení pořádané Domovem pro seniory. To jí velice baví. „*Bohužel nejvíce času trávím u televize. Televizi jsem neměla nikdy ráda, nikdy jsem ji příliš nesledovala. Ted' ale nemám jinou zábavu. Nic jiného mi nezbyvá*“ uvádí paní Lucie.

## **12. Co Vás nejvíce těší?**

Nejvíce těší paní Lucii návštěvy blízkých rodiny. Jak bylo již uvedeno paní Lucie má velkou rodinu takže z návštěv se těší velmi často.

## **13. Jak se v současné době cítíte?**

Paní Lucie se svěřila, že se cítí moc dobře. Prošla za své stáří již pěti domovy a nikde se jí moc nelíbilo. V tomto domově se jí však líbí velice. Má ráda také personál domova. Všichni jsou dle ní přátelský a hodní. Věnují jim hodně času.

## **14. Kde v současné době žijete?**

Paní Lucie žije v Domově pro seniory v Praze.

## **15. Kdo je Vaší oporou?**

Největší oporou je pro paní Lucii syn Jiří, který ji chodí navštěvovat nejčastěji. „*Stará se o mě, co potřebuju, to mi přinese, zařídí. Je moc hodný*“ uvádí paní Lucie.

## **11.5.5. Respondentka č.5: Paní Marie, 97 let**

### **1. Ve kterém roce jste se narodila?**

Paní Marie se narodila roku 1918. Tento rok oslaví 97leté narozeniny.

### **2. Jaké jste měla dětství?**

Paní Marie měla krásné dětství. Oba její rodiče byli velmi hodní. Otec byl trochu přísný, ale nebyl zlý. Měl vysokoškolské vzdělání a vedl k tomu i své děti, dokonce i vnuky. Paní Marie měla dva sourozence. Měla sestru a bratra. S oběma si výborně rozuměla. Její rodina byla majetná. Takže paní Marie zažila i žití v přepychu, dokonce se služebníky.

### **3. Jaké je Vaše vzdělání?**

Paní Marie navštěvovala měšťanku a poté se vyučila na rodinné škole.

### **4. Založila jste vlastní rodinu? Máte děti?**

Paní Marie se krátce po vyučení vdala. Má dva syny. Od staršího syna se dočkala také čtyř vnoučat a osmi pravnoučat. Když byli její děti malé, její muž byl zatčen. Kvůli odporu se stal politickým vězněm. Pracoval v dolech v Teplicích, kde byly hrozné podmínky. Paní Marie byla v těžké životní situaci. Výchovu dětí společně s prací nezvládala. S dětmi jí tedy pomáhali její sourozenci. Za nedlouho po návratu s vězení dostal její manžel mrtvici a zemřel. Mladší syn utekl do Německa. Starší syn zůstal s ní, staral se o ni po dobu, než byla nucena nastoupit do Domova pro seniory.

### **5. Jaká jste vykonávala zaměstnání?**

Paní Marie se celý život živila jako švadlena. Pracovala také, jak sama uvedla jako „zipařka“ v továrně. Pracovala tam se zipy, šila tepláky a jiný textil. V těžších obdobích si přivydělávala jako pomocná kuchařka v závodní jídelně.

### **6. Prodělala jste v průběhu života vážnější zdravotní onemocnění?**

Paní Marie nepodstoupila žádné operace a nikdy neprodělala žádná vážná onemocnění. Prodělala pouze klasická onemocnění provázející život, jakož jsou nachlazení, apod.

### **7. Jaký je Váš současný zdravotní stav?**

Zdravotní stav paní Marie je stále dobrý. „*Stěžovat si můžu jen na tu paměť. Ta paměť je hrozná. Pořád všechno pletu. Motá se mi to*“ uvádí paní Marie, kterou mimo paměť trápí také zhoršená chůze. Chodí s pomocí chodítka.

### **8. Jaký jste měla vztah ke sportu?**

Paní Marie docházela jako mladá do Sokola, kde také poznala svého manžele. Cvičila po určitou dobu gymnastiku. Později se sportu příliš nevěnovala. Spíše rekreačně.

## **9. Jaké byly a jsou Vaše stravovací návyky?**

Paní Marie nejedla zvláštní stravu. Snažila se jíst vždy normální domácí stravu. Ovšem v době, kdy byl její manžel zavřený a ona neměla s rodinou příliš peněz, bylo také jídla málo. Paní Marie se svěřila, že v tu dobu na stravu příliš nedbala. Hleděla především na děti, se sebou si hlavu nelámala. Nejedla tedy v tu dobu příliš zdravě, především jedla hodně málo. Podle svých slov jedla v tu dobu co se dala, na co měla peníze. Později už se stravovala normálně. „*Jedla jsem ráda rízky a knedlo, vepřo, zelo. Také jsem hodně pekla*“ uvedla paní Marie.

## **10. Jak jste nejčastěji trávil svůj volný čas?**

Paní Marie velmi ráda četla, luštila křížovky a také hrála velmi ráda karty. Nejčastěji hrála karty se svými vnučkami. Její zálibou bylo také v pozdějším věku vyšívání a šití. Velmi často zašívala roztrhané či jinak poničené věci synovi a svým vnoučatům.

## **11. Jak trávíte volný čas nyní?**

Paní Marie se účastní čas od času programů pořádaných Domovem pro seniory. Pravidelně se účastní aktivizačního cvičení. Ostatní čas se snaží zaplnit čtením novin a časopisů.

## **12. Co Vás nejvíce těší?**

Nejvíce těší paní Marii, když za ní přijde její syn či vnoučata. Nejčastěji za ní chodí syn a dvě nejmladší vnučky s pravnoučaty. Zálibou jsou také zvířata. V Domově pro seniory je zvířecí koutek, kde jsou papoušci, zebříčky a rybičky. Tam tráví paní Marie nejvíce času.

## **13. Jak se v současné době cítíte?**

„*Zatím to docela jde. Cítím se docela dobře. Dokud jsem zdravá je to dobrý*“ svěřila se paní Marie s úsměvem na tváři.

## **14. Kde v současné době žijete?**

Paní Marie žije v Domově pro seniory v Praze.

## **15. Kdo je Vaší oporou?**

Pro paní Marii je největší oporou její starší syn.

## **11.5.6. Respondentka č.6: Paní Jaroslava, 101 let**

### **1. Ve kterém roce jste se narodila?**

Paní Jaroslava se narodila roku 1914. Tento rok oslaví 101leté narozeniny.

### **2. Jaké jste měla dětství?**

Paní Jaroslava měla hezké, i když trochu smutné dětství. Měla tři sourozence. Její rodiče byli sice trochu přísní a občas dostala i se svými sourozenci „výprask“, ale vždy to bylo podle slov paní Jaroslavy spravedlivé. Její maminka byla ale hrozně hodná, zemřela však, když byla ještě paní Jarlova malé dítě. Bylo to pro ni velmi těžké. Její otec výchovu čtyř dětí sám nezvládal, proto je vychovával společně se svou matkou/babičkou.

### **3. Jaké je Vaše vzdělání?**

Paní Jaroslava navštěvovala obecnou školu. Poté vystudovala vysokou školu, obor pediatrie a stala se lékařskou.

### **4. Založila jste vlastní rodinu? Máte děti?**

Už v průběhu studia se paní Jaroslava vdala a založila rodinu. Má dvě děti. Dvě dcery. A také pět vnoučat a dokonce osm pravnoučat. Paní Jaroslava se svěřila, že má nejraději, když se sejde úplně celá rodina.

### **5. Jaká jste vykonávala zaměstnání?**

Paní Jaroslava vystudovala vysokou školu v oboru pediatrii, získala atestaci a stala se dětskou pediatričkou. Tou byla až do odchodu do důchodu.

### **6. Prodělala jste v průběhu života vážnější zdravotní onemocnění?**

Paní Jaroslava neprodělala v průběhu života žádné vážné onemocnění. Pouze lehce „stonala“. Jediné co jí v životě soužilo, byli časté zlomeniny. „*Snad pokaždé, když jsem spadla, tak jsem si něco zlomila. Ruce jsem měla zlomené nespočetně mnohokrát*“ uvádí paní Jaroslava.

### **7. Jaký je Váš současný zdravotní stav?**

Paní Jaroslava se těší dobrému zdraví. Žádné zdravotní obtíže nemá. Jediné na co si paní Jaroslava stěžovala, jsou ruce. Bolí ji. Svěřila se, že do rukou nevezme už nic těžšího. „*Neotevřu si sama ani vodu. Jakmile dám do rukou více síly, hned mě bolí. Je to jako by mi někdo do ruky zabodl nůž*“ sdělila mi paní Jaroslava.

### **8. Jaký jste měla vztah ke sportu?**

Sportu se věnovala paní Jaroslava především rekreačně. Svěřila se ale, že jako mladá často běhala a v zimě lyžovala. Od doby co má děti, provozuje sport především s nimi.

### **9. Jaké byly a jsou Vaše stravovací návyky?**

Stravovací návyky paní Jaroslavy nebyli nijak zvláštní. Jedla celý život to, co chtěla. Na co měla chuť. Pouze v mládí se snažila jíst zdravěji, méně masa a hodně zeleniny. Od doby co má děti směřovala svoji pozornost ohledně jídla především na ně. O sebe už tolik nepečovala, tedy i strava nebyla dokonalá. „*Někdy jsem se ani nenajela, protože na to nebyl čas*“ uvádí paní Jaroslava.

### **10. Jak jste nejčastěji trávil svůj volný čas?**

Paní Jaroslava nejraději jezdila se svou rodinou a přáteli na výlety a dovolené po celé České Republice. Nejraději jezdila pod stan. „*Jezdili jsme pod stan, dělali táboráky a zpívali písničky. To bylo moje. To jsem měla strašně ráda*“ uvedla paní Jaroslava. Mimo to paní Jaroslava ráda četla, vyšívala a také se velmi ráda starala o svou zahradu. Sázela kytky, zeleninu i ovoce. Zahradničením paní Jaroslava strávila spousty volného času.

### **11. Jak trávíte volný čas nyní?**

Volný čas nyní tráví paní Jaroslava především čtením. Na programy pořádané Domovem pro seniory moc nechodí. Dle jejích slov ji to nebaví. Pokud se ale pořádají hudební programy, paní Jaroslava se vždy účastní.

## 12. Co Vás nejvíce těší?

Paní Jaroslavu nejvíce těší návštěva blízkých osob. Bohužel všichni její příbuzní žijí mimo Prahu, z toho důvodu nejsou návštěvy tak časté, jak by si paní Jaroslava přála.

## 13. Jak se v současné době cítíte?

Paní Jaroslava se dle svých slov moc dobře necítí. V Domově pro seniory se jí moc nelíbí. Zatím nenašla činnost, která by ji pomohla vyplnit větší část dne. Podle jejích slov se v domově nic moc neděje, nikdo za ní nechodí a cítí se velmi často sama.

## 14. Kde v současné době žijete?

Paní Jaroslava žije v Domově pro seniory v Praze.

## 15. Kdo je Vaší oporou?

Oporou pro paní Jaroslavu není jedna osoba. Je to celá její rodina. *„Pokaždé, když za mnou přijede kdokoli z rodiny, mám hned lepší náladu. Mám vždy hroznou radost. Hlavně, když s sebou přivezou pravnoučata. To jsem hrozně ráda“* uvedla paní Jaroslava.

## 11.6. Shrnutí výzkumného šetření a interpretace

V předchozích šesti podkapitolách byly uvedeny rozhovory s dlouhověkými ženami obsahující detailní informace z osobních životů respondentek. Rozhovory nejsou uvedeny v plném znění, z důvodu velké obsáhlosti. Z rozhovorů jsem vytáhla podstatné informace potřebné k vyhodnocení tohoto šetření, informace týkající se tématu této práce „Fenomén dlouhověkosti“. Cílem rozhovorů bylo zjistit, zda má těchto šest respondentek z osobního života něco společného, zda je něco spojuje. Zda existují nějaké příčiny, které způsobují dlouhověkost. Cílem bylo nalézt odpověď na otázku: Kde hledat příčiny dlouhověkosti?

Vzorkem respondentů se staly dlouhověké ženy ve věku nad 90let žijící v Domově pro seniory v Praze. Při výběru otázek, pro tyto rozhovory jsem se nechala inspirovat autory a celosvětovými výzkumy dlouhověkosti, kteří se snaží nalézt příčiny už mnoho let. Otázky se týkají osobního života respondentek. V první části se zaměřuji na dětství a mládí seniorů. V další části se soustředuji na dospělost, kdy pozornost věnuji především stravě, zdravotnímu stavu, každodenním činnostem a sportu. A v poslední části se zaměřuji na současný stav seniorek.

Věk respondentek je různý. Nejmladší seniorce je 93 let a nejstarší celých 104 let. Podle odpovědí na následující otázky je očividné, že vysoký věk neznamena zhoršující se zdravotní stav. Z vlastní zkušenosti vím, že vysoký věk seniora nemusí znamenat celistvý pád osobnosti. Takový senior může být vitálnější nežli mladší a rozumové i paměťové dovednosti mohou být stále na velmi vysoké úrovni.

Na otázku prožitého dětství odpověděly seniorky různě, ale v jádru jsou odpovědi stejné. I když měla samo sebou každá žena jiné dětství, jiné rodiče, prožily všechny dle svých slov hezké



dětství, plné klidu a pohody. V některých případech byli rodiče přísní, jindy hodní. Někde se především mluvilo a vysvětlovalo, jinde rodiče používali i fyzické tresty. Vždy se ale jednalo o normální přirozenou výchovu, ničím zvláštní, nevymykající se normálu.

Vzdělání seniorek je různé. Od vyučení až po vysokoškolské vzdělání. Je zřejmé, že vzdělání nemá na dlouhověkost zvláštní vliv. To samé platí o rodině žen. Vlastní rodinu založily všechny dotazované ženy, kromě paní Dany. I když tato žena měla po celý život milujícího manžela, děti nechtěla. Opět zde není vidět značný vliv na dlouhověkost.

Zaměstnání dlouhověkých žen byla také různá. Ve většině případů nebyla povolání dotazovaných žen příliš fyzicky náročná. I když povolání paní Marie bylo náročné velmi. Celý život pracovala v továrně a dokonce si část života přivydělávala také jako pomocná kuchařka. Dvě ženy se živilo jako prodavačky, což může být občas také náročná práce, především je tam velké, skoro každodenní zatížení nohou. Paní Anna se živila domácími pracemi, paní Jaroslava pracovala jako dětská pediatřička, kdy přicházela každý den do kontaktu s nemocemi. Paní Dana pracovala na ministerstvu jako úředník. Ať už šlo o fyzicky náročnou či nenáročnou práci všechny ženy se dožily dlouhého věku. Těžce pracující žena v továrně je na tom zdravotně lépe nežli žena, která se živila domácími ručními pracemi. Opět tedy musím konstatovat, že povolání těchto žen nemělo vliv na jejich dlouhý život.

Nemoci provázející život těchto žen byly také různé. Některé z žen neprožily v průběhu života žádná onemocnění. Ale u některých se objevily zdravotní komplikace jako např. srůsty střev, ischemická choroba srdeční, pneumotorax, operace žaludku i žlučníku, apod. Znovu tedy nevidím spojitost s dlouhověkostí. Celý život byly některé ženy zdravé a dožily se vysokého věku, však jiné ženy za život zažily mnohé zdravotní obtíže a i tak se mohou těšit z vysokého věku.

Současný zdravotní stav všech dlouhověkých dam je ovšem kupodivu hodně podobný. Seniorky nemají ve svém vysokém věku žádné vážné zdravotní problémy, souží je pouze menší obtíže. Což nepotvrzuje příliš fakt, že se stoupajícím věkem stoupají zdravotní rizika. Všechny ženy však trápí především jedna záležitost, a to omezené pohybové možnosti. Některé ženy používají k podpěře při chůzi berle, jiné zase chodítka. Pouze paní Dana je částečně imobilní. Je důležité zdůraznit, že i v tak vysokém věku, v 104letech je imobilní pouze částečně, a to je velmi obdivuhodné.

Ani otázka týkající sportu nepřinesla zdárné odpovědi. Paní Dana byla po celý život aktivní sportovkyní. Běhala, skákala do dálky, pravidelně cvičila. Ovšem ostatní se sportu věnovaly pouze v mládí. Většina cvičila v dětství gymnastiku v Sokole. V dospělosti se věnovaly sportu už pouze rekreačně. Opět tedy nelze říci, že by sportování napomáhalo k vysokému věku.

Otázka stravovacích návyků dlouhověkých seniorů je pro mne velice zásadní. Vždy a všude se klade důraz na správnou a kvalitní stravu. Zajímalo mě tedy, jestli je opravdu zdravá a vyvážená strava jednou z příčin dlouhověkosti. Z odpovědí jsem se dozvěděla, že všechny ženy jedly v podstatě tak, jak mohly. Tak jak jim umožnila jejich doba. Jedly vše, jedly podle chuti a nijak zvlášť se neomezovaly. I kdyby se chtěly živit zdravě, v mnoha případech jim to neumožňovala těžká životní

situace. Překvapivé také je, že mnoho žen uvedlo, že měly velmi rády sladké. Když si vzpomenu na Jeanne Calmentovou, nejstarší ženu světa, která se dožila 122 let, uvědomím si, že jako jednu ze svých příčin dlouhověkosti uvedla konzumaci čokolády. Může tedy mít čokoláda spojitost s dlouhověkostí? Asi ano, ale potvrdit to mohou pouze vědci, kteří zatím na sladké jako příčinu dlouhověkosti nepoukázali.

Volný čas dlouhověké ženy trávil dříve různými způsoby. Většinou se jednalo o čtení knih, luštění křížovek, zahradničení, procházky v lese, výlety s přáteli. Vždy se jednalo o klidné trávení volného času. O fyzicky nenáročné koníčky.

Dnešní volný čas tráví ženy v Domově pro seniory, ve kterém žijí. Pro některé ženy je takto strávený čas nudným a zdaleka nenaplnuje jejich představy. Většina žen navštěvuje aktivizační i jiné programy pořádané Domovem pro seniory. Některé ženy si také čtou, luští křížovky, ale nejčastější a také velmi oblíbenou činností, kterou tráví ženy volný čas je společně se svou rodinou, která za ženami do domova přichází. Paní Dana je však úplně sama, rodinu už nemá a programy také nenavštěvuje. Takže je pro ni velmi těžké naplnit den smysluplnou činností.

Paní Dana se v Domově pro seniory příliš dobře necítí. Pociťuje v něm velkou samotu a také bohužel nezáměr o ni. Ostatní dlouhověké ženy se, až na menší odchylky cítí dobře. Vysoký věk, omezené pohybové možnosti možná i jiné menší zdravotní obtíže pro ně nejsou překážkou. Život pro ně ještě neskončil. Vždyť nejstarší žena světa se dožila 122let a hranice dožití se stále posouvá, ženy mohou ještě žít několik let, možná i desítek let.

Cílem osobních rozhovorů bylo zjistit, zda existují příčiny dlouhověkosti. Zda mají dotazované dlouhověké ženy něco společného. Nebo zda v průběhu života dodržovaly vědecky zjištěné faktory ovlivňující dlouhověkost.

Ze získaných dat vyplynulo, že v příbězích šesti respondentek je možné najít velké odlišnosti v průběhu jejich života. Dětství, vzdělání, rodina, zaměstnání, onemocnění, sport, strava i trávení volného času bylo u respondentek odlišné. V některých případech se odpovědi shodovaly, ale nikdy se neshodovaly odpovědi většiny seniorek najednou. Jediné co měly ženy společné, byla gymnastika v Sokole, kterou však provozovaly pouze v dětství. Tedy ani vědci doporučované rady k cestě dlouhověkosti se u mnou zkoumaných žen neprojeví. V teoretické části v kapitole Dlouhověkost jsem zmiňovala faktory dle Saka. Dokonce ani tak populární strava a sport, kterými se zabývá spousta odborníků, nebyly v mém šetření potvrzeny jako původci dlouhověkosti. Potvrdil se pouze fakt, že je velká převaha dlouhověkých žen oproti mužům. Potvrzuje to i skutečnost, že v Domově pro seniory, ve kterém jsem šetření uskutečnila, bylo dlouhověkých mužů velice málo.

## Závěr

Tato diplomová práce představuje náhled do problematiky dlouhověkosti v České Republice. Zaměřila jsem se na dlouhověké osoby, jejichž počet neustále roste, a proto přestává být toto téma ojedinělým. Je stále aktuálnější a vystupuje do popředí zájmu na nejrůznějších úrovních.

Práci jsem rozdělila do jedenácti kapitol. V teoretické části jsem nejdříve přiblížila základní témata, jakož jsou stárnutí, stáří, důchodový věk, gerontologie, geriatrie. Tyto pojmy s tématem diplomové práce úzce souvisí. Předkládám je z důvodu lepší orientace v problematice dlouhověkosti. Svou pozornost jsem věnovala také obecně seniorskému věku. Zabývala jsem se demografickým stářím, kdy jsem se snažila poukázat na dlouhodobé demografické změny struktury populace, které se projevují zvyšujícím se podílem starých osob na celkovém počtu obyvatelstva. Populace stárne, a to nejen v České Republice. Nejvyšší nárůst je viditelný u stoletých osob, jejichž čísla stále rostou. Uvedla jsem také různé klasifikace seniorského věku podle stupně stáří. Dále jsem definovala střední délku života, kde jsem se snažila především popsat její vývoj od minulosti až do současnosti. Upozorňuji také na střední délku života bez chronického onemocnění a funkčního postižení. V této kapitole můžeme vidět značný růst předpokládaného věku dožití. Tento růst je však stále závislý na mnoha biologických a společenských faktorech. V hlavní části práce jsem se zabývala tématem dlouhověkosti. Předložila jsem pro porovnání názory několika autorů, dále výzkumy zabývající se dlouhověkostí a také odborné články. V úvodu jsem si vytyčila úkol, zjistit zda existují obecné příčiny dlouhověkosti. Zaručený návod na dlouhověkost však neexistuje. Zatím vědci nenalezli faktor, který by zaručoval dlouhý život. V páté kapitole jsou však uvedena fakta, která nám mohou minimálně pomoci se dlouhověkostí přiblížit. Základním kmenem zdravého a dlouhého života je dle odborníků např. zdravá strava, dostatek spánku, pohyb, apod. Dále jsem se snažila vymezit problematické situace v životě dlouhověkých osob. Z poznatků vyplývá, že rizik je mnoho, proto je velmi nutná podpora života dlouhověkých seniorů, a to ze strany společnosti i ze strany státu. Touto podporou se zabývám v posledních dvou kapitolách teoretické části. Důležitou součástí práce je také téma péče o dlouhověké seniory. Zabývala jsem se rodinnou i rezidenční péčí. Pro přehlednost jsem uvedla sociálně zdravotní služby pro seniory a především sociální služby a péči poskytovanou seniorům v České Republice dle zákona 108/2006Sb., o sociálních službách.

V empirické části jsem v úvodu nastínila metody při získávání dat. Nejdříve jsem ale zdůraznila cíle obou výzkumných šetření. První šetření bylo provedeno v domovech pro seniory v Praze, kde jsem se snažila zjistit počty dlouhověkých seniorů v zařízeních pro seniory, pohlaví seniorů a také zdravotní stav. Ze šetření vyplynulo, že v domově pro seniory žije značné procento

dlouhověkých osob. Převážně jde o ženy. Zdravotní a funkční stav těchto seniorů byl různý. Nelze říci, že by na tom dlouhověcí senioři byli hůře či lépe, nežli jejich mladší kolegové. Zajímavé ale bylo, že dlouhověcí senioři byli nejčastěji plně mobilní bez jakýchkoli kognitivních poruch. Nevyvrací to ale přítomnost imobilních dlouhověkých osob s kognitivními poruchami. Druhé šetření bylo realizováno v jednom z domovů pro seniory v Praze. Šlo o rozhovory, které jsem uskutečnila se šesti dlouhověkými ženami. V tomto šetření, jsem se snažila zmapovat současný zdravotní a funkční stav zkoumaných seniorů, ale také jsem se zaměřila na průběh jejich života. Usilovala jsem o nalezení společných činitelů v životě těchto seniorek, s cílem zjistit příčiny jejich dlouhého věku. K mému překvapení tyto ženy spojovalo jen velmi málo. Jejich životy byly v podstatě velmi odlišné. Nedokážu tedy říci, co v jejich životě způsobilo, že se dožily tak vysokého věku. Jediné co tyto ženy nyní spojuje, je stále dobrý zdravotní stav. Ráda bych však upozornila na skutečnost, že zkoumaný soubor byl velmi malý na to, abych mohla dělat obecné závěry. Výzkumná šetření slouží spíše k dokreslení mnou zvolené tematiky.

Z teoretické i empirické části méj diplomové práce tedy vyplývá, že je velká převaha dlouhověkých žen oproti mužům, že jednoznačné příčiny vysokého věku neexistují. Můžeme se však dlouhověčnosti přiblížit správným životním stylem. Nicméně je očividné, že zdravotní i funkční stav stárnoucích osob se stále zlepšuje, že dlouhověcí senioři jsou v mnoha případech stále zdraví a plný života.

# **Resumé**

## **Fenomén dlouhověkosti**

## **Phenomenon of longevity**

**Anna Krejtná**

### **Shrnutí**

Magisterská práce je zaměřena na problematiku dlouhověkých seniorů v České republice. Práce specifikuje základní pojmy, týkající se stáří a stárnutí. Velký význam je kladen na demografii a střední délku života. Předkládá rovněž téma péče o dlouhověké seniory. Zvláštní pozornost je věnována problematičným místům v životě dlouhověkých seniorů, ale také jejich znevýhodněnému statusu, na který navazuje také podpora života seniorů.

Práce dále vymezuje pojem dlouhověkost a zaměřuje se na jeho specifika. Pozornost je věnována též historii dlouhověkosti.

Teoretické části diplomové práce jsou doplněny informacemi ze dvou výzkumných šetření. Šetření se týkají uplynulého života dlouhověkých seniorů, jejich zdravotního a funkčního stavu a především příčin dlouhověkosti. Zkoumaný soubor tvoří dlouhověcí senioři a struktura obyvatel dle věku, pohlaví, zdravotního a funkčního stavu v domovech pro seniory v Praze.

### **Summary**

Master thesis is focused on the issue of long-lived seniors in Czech Republic. The work specifies basic concepts related to age and aging. Great importance is placed on demographics and life expectancy. Also presents the topic of care for long-lived seniors. Special attention is paid to the problem spots in the lives of long-lived seniors, but also their unfavorable status, which follows the support of the elderly.

Work also defines the concept of longevity and focuses on its specifics. Attention is also given to the history of longevity.

The theoretical parts of the thesis are supplemented with information from two research studies. The studies are relating to past life of long-lived seniors, their health and functional condition and especially the causes of longevity. The research sample consists of long-lived seniors and structure of the population by age, gender, health and functional status in homes for the elderly in Prague.

## Seznam použité literatury

CABRNOCH, Milan a kol. *Dlouhověkost jako politická priorita*. 1.vyd. Praha: CEVRO, 2009. s. 46. ISBN 978-80-86816-26-5.

ČEVELA, Rostislav; KALVACH, Zdeněk; ČELEDOVÁ, Libuše. *Sociální gerontologie, Úvod do problematiky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. s. 264. ISBN 978-80-247-3901-4.

DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. s. 112. ISBN 978-80-247-4138-3.

ERIKSON, Erik H. *Životní cyklus rozšířený a dokončený*. 1.vyd. Praha: Nakladatelství lidové noviny, 1999. s. 128. ISBN 80-7106-291-X.

GRUSS, Peter. *Perspektivy stárnutí z pohledu psychologie celoživotního vývoje*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. s. 222. ISBN 978-80-7367-605-6.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. 2.vyd. Praha: Havlíček Brain Team, 2010. s. 365. ISBN 978-80-87109-19-9.

HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie aneb senioři mezi námi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2012. s. 194. ISBN 978-80-7662-900-8.

HÁRTL, Pavel; HÁRTLOVÁ, Helena. *Psychologický slovník*. 2.vyd. Praha: Portál, 2009. s. 774. ISBN 978-80-7367-569-1.

HOLMEROVÁ, Iva; JURAŠKOVÁ, Božena; ZIKMUNDOVÁ, Květa. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 2.vyd. Praha: Česká alzheimerská společnost, 2003. s. 88. ISBN 80-86541-12-6.

HOLMEROVÁ, Iva; JURAŠKOVÁ, Božena; ZIKMUNDOVÁ, Květa a kol. *Vybrané kapitoly z gerontologie*. 3.vyd. Praha: Gerontologické centrum, 2007. s. 143. ISBN 978-80-254-0179-8.

HROZENSKÁ, Martina; DVOŘÁČKOVÁ, Dagmar. *Sociální péče o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2013. s. 191. ISBN 978-80-247-4139-0.

JANEČKOVÁ, Hana; HNILICOVÁ, Helena. *Úvod do veřejného zdravotnictví*. 1.vyd. Praha: Portál, 2009. s. 296. ISBN 978-80-7367-592-9.

- KALVACH, Zdeněk. *Stáří, Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. 1.vyd. Praha: Galén, 2006. s. 44. ISBN 80-7262-455-5.
- KALVACH, Zdeněk; ZAVÁZALOVÁ, Helena; HOLMEROVÁ, Iva a kol. *Geriatrické syndromy a geriatrický pacient*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. s.336. ISBN 978-80-247-2490-4.
- KLEVETOVÁ, Dana; DLABALOVÁ Irena. *Motivační prvky při práci se seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 2008. s. 82. ISBN 978-80-247-2169-9.
- KÜBLER-ROSSOVÁ, Elisabeth. *Život a umírání*. 1.vyd. Hradec Králové: Signum Unitatis, 1991. s. 22. ISBN -
- MAHONEY, David; RESTAK, Richard. *Moderní příručka dlouhověkosti*. 1.vyd. Praha: Academia, 2000. s. 183. ISBN 80-200-0260-X.
- MATOUŠ, Miloš a kol. *Pohyb ve stáří je šancí*. 1.vyd. Praha: Grada, 2002. s.112. ISBN 80-247-0331-9.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Ústavní péče*. 2.vyd. Praha: Slon, 1999. s. 158. ISBN 80-85850-76-1.
- MATOUŠEK, Oldřich. *Slovník sociální práce*. 2.vyd. Praha: Portál, 2008. s. 271. ISBN 978-80-7367-368-0.
- MINISTERSTVO PRÁCE A SOCIÁLNÍCH VĚCÍ. *Kvalita života ve stáří*. 1.vyd. Praha: Hartpress, 2008. s. 60. ISBN 978-80-86878-65.
- MLÝNKOVÁ, Jana. *Péče o staré občany*. 1.vyd. Praha: Grada, 2011. s. 192. ISBN 978-80-247-3872-7.
- ONDRUŠOVÁ, Jiřina. *Stáří a smysl života*. 1.vyd. Praha: Univerzita Karlova v Praze, 2011. s. 170. ISBN 978-80-246-1997-2.
- PIDRMAN, Vladimír; KOLIBÁŠ, Eduard. *Změny jednání seniorů*. 1.vyd. Praha: Galén, 2005. s. 189. ISBN 80-7262-363-X.
- RHEINWALDOVÁ, Eva. *Novodobá péče o seniory*. 1.vyd. Praha: Grada, 1999. s. 86. ISBN 80-7169-828-8.

SAK, Petr; KOLESÁROVÁ, Karolína. *Sociologie stáří a seniorů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2012. s. 225. ISBN 978-80-247-3850-5.

STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. 1.vyd. Praha: Portál, 1999. s. 319. ISBN 80-7178-274-2.

SÝKOROVÁ, Dana. *Autonomie ve stáří. Kapitoly z gerontosociologie*. 1.vyd. Praha: Slon, 2007. s. 285. ISBN 978-80-86429-62-5.

SÝKOROVÁ, Dana; CHYTIL, Oldřich. *Autonomie ve stáří, Strategie jejího zachování*. 1.vyd. Ostrava: Albert, 2004. s. 323. ISBN 80-7326-026-3.

SÝKOROVÁ, Dana; NYTRA, Gabriela; TICHÁ, Iva. *Bydlení v kontextu chudoby a stáří*. 1.vyd. Ostrava: Ostravská univerzita, 2014. s.70. ISBN 978-80-7464-493-1.

TOŠNEROVÁ, Tamara. *Jak si vychutnat seniorská léta*. 1.vyd. Brno: Computer Press, 2009. s. 239. ISBN 978-80-251-2104-7.

TRČA, Stanislav. *Cesty k dlouhověkosti*. 1.vyd. Praha: Avicenum, 1987. s. 283. ISBN –

VÁGNEROVÁ, Marie. *Vývojová psychologie II., Dospělost a stáří*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2007. s. 461. ISBN 978-80-246-1318-5.

VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory, Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1.vyd. Praha: Grada, 2007. s. 96. ISBN 978-80-247-2170-5.

VIDOVICOVÁ, Lucie. *Stárnutí, věk a diskriminace- nové souvislosti*. 1.vyd. Brno: Masarykova univerzita, 2008. s. 233. ISBN 978-80-210-4627-6.

ZAVÁZALOVÁ, Helena a kol. *Vybrané kapitoly ze sociální gerontologie*. 1.vyd. Praha: Karolinum, 2001. s. 97. ISBN 80-246-0326-8.



## Seznam internetových zdrojů

Asociace poskytovatelů sociálních služeb [online]. ©2011. [cit. 23.11.2014].

Dostupné z: <http://www.apsscr.cz/cz/asociace/typy-socialnich-sluzeb>

Česká demografická společnost [online]. ©2012. [cit. 13.10.2014].

Dostupné z: <https://www.natur.cuni.cz/geografie/demografie-a-geodemografie/ceska-demograficka-spolecnost/zpravodaj/aktualni-cislo/zpravodaj-cds-c.-64-2015/>

Česká gerontologická a geriatrická společnost [online]. ©2006. [cit. 23.3.2015].

Dostupné z: <http://www.cggs.cz/cz/Lekari/>

Česká lékařská komora [online]. ©2011. [cit. 13.10.2014].

Dostupné z: <http://www.lkr.cz/poskytovani-zdravotnich-sluzeb-435.html>

Český statistický úřad [online]. ©2013. [cit. 13.10.2014].

Dostupné z: [https://www.czso.cz/csu/czso/nadeje\\_dozeni\\_pri\\_narozeni\\_v letech\\_1950\\_2013](https://www.czso.cz/csu/czso/nadeje_dozeni_pri_narozeni_v letech_1950_2013)

Český statistický úřad [online]. ©2013. [cit. 13.10.2014].

Dostupné z: <https://www.czso.cz/csu/czso/seniori-v-krajich-2014-ygiuyflfsx>

Český statistický úřad [online]. ©2013. [cit. 13.10.2014].

Dostupné z: [http://notes2.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje\\_dozeni\\_a\\_prumerny\\_vek](http://notes2.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/nadeje_dozeni_a_prumerny_vek)

Demografie [online]. ©2005. [cit. 15.10.2014].

Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_detail\\_clanku=&artclID=824](http://www.demografie.info/?cz_detail_clanku=&artclID=824)

Demografie [online]. ©2005. [cit. 15.10.2014].

Dostupné z: [http://www.demografie.info/?cz\\_umrtnosthistorie=](http://www.demografie.info/?cz_umrtnosthistorie=)

Institut klinické a experimentální medicíny [online]. ©2006. [cit. 8.3.2014].

Dostupné z: <http://www.ikem.cz/www?docid=1010556>

Metodický portál [online]. ©2012. [cit. 10.2.2014].

Dostupné z: <http://clanky.rvp.cz/clanek/s/Z/19707/ROLE-VZDELAVANI-V-PRIPRAVE-NA-STARNUTI-A-PRODLUZOVANI-LIDSKEHO-ZIVOTA---2-CAST.html/>

Ministerstvo práce a sociálních věcí [online]. ©2013. [cit. 24.3.2014].

Dostupné z:

<http://www.mpsv.cz/cs/2869>

<http://www.mpsv.cz/cs/5045>

<http://www.mpsv.cz/cs/14540>

<http://www.mpsv.cz/cs/1111>

Národní informační centrum pro mládež [online]. ©2008. [cit. 18.1.2014].

Dostupné z: <http://www.nicm.cz/demence-alzheimrova-choroba>

Nezisková organizace DUHA [online]. ©2004. [cit. 4.2.2014].

Dostupné z: <http://www.pomocseniorum.cz/nabidka-sluzeb/terenni-pecovatelska-sluzba/>

Sociální a zdravotní portál Praha 10 [online]. ©2013. [cit. 10.3.2014].

Dostupné z: <http://socialniportal.praha10.cz/cilove-skupiny/seniori.aspx>

Specializační studium výchovného poradenství PedFUK - Dějiny vývojové psychologie. ©2000.

[cit. 19.11.2014]. Dostupné z: <http://www.ssvp.wz.cz/Texty/vyvojovkadejiny.html>

Statní zdravotní ústav [online]. ©2005. [cit. 25.11.2014].

Dostupné z: [http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne\\_zpravy/OZ\\_05/Demo\\_05.pdf](http://www.szu.cz/uploads/documents/chzp/odborne_zpravy/OZ_05/Demo_05.pdf)

Statistika a my [online]. ©2013. [cit. 20.10.2014].

Dostupné z: <http://www.statistikaamy.cz/2015/03/domacnosti-senioru/>

World Health Organization [online]. ©2007. [cit. 17.12.2014].

Dostupné z: <http://www.who.cz/whovcr.html>

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách [online]. ©2012. [cit. 25.1. 2014].

Dostupné z: [http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108\\_2006\\_Sb.pdf](http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf)

Život 90 pro seniory a jejich blízké [online]. ©2008. [cit. 13.10.2014].

Dostupné z: <http://www.zivot90.cz/202-senior-telefon/223-tyrani>

## Seznam článků

Článek č.1: Lidská dlouhověkost: Jak se dožít vysokého věku?

Článek č.2: V nedožitých 110 letech zemřela nejstarší Češka.

Článek č.3: Dlouhověkost je ovlivněna životním stylem více než geny.

Článek č.4: Jaká je kapacita a struktura dlouhodobé péče v České republice?

Článek č.5: Strašidlo chudoby obchází i české seniory.

## Seznam obrázků

Obrázek č.1: Naděje dožití mužů a žen v ČR v letech 1950 – 2013.

Obrázek č.2: Reálná a předpokládaná věková struktura obyvatelstva České Republiky v letech 2010 a 2065.

Obrázek č.3: Počet mužů a žen v ČR ve věku nad 65 let v letech 2003 – 2013.

Obrázek č.4: Počet mužů a žen v ČR ve věku nad 95 let v letech 2003 – 2013.

Obrázek č.5: Počet mužů a žen v ČR ve věku nad 100 let v letech 2008 – 2013.

Obrázek č.6: Změna počtu obyvatel v jednotlivých věkových skupinách mezi roky 2013 až 2050.

Obrázek č.7: Délka zdravého života u žen v EU.

Obrázek č.8: Vývoj absolutního počtu úmrtí na území dnešní ČR od roku 1900.

Obrázek č.9: Naděje dožití při narození v letech 1993 – 2011.

Obrázek č.10: Statistiky SENIOR TELEFONU za rok 2014.

Obrázek č.11: Statistiky SENIOR TELEFONU za rok 2014.

## **Seznam tabulek**

Tabulka 1.: Údaje o zkoumaných zařízeních

Tabulka 2.: Počet seniorů ve zkoumaných zařízeních

Tabulka 3.: V jakém jsou ženy (90+) obecně funkčním stavu?

Tabulka 4.: V jakém jsou muži (90+) obecně funkčním stavu?

Tabulka 5.: Sociodemografické údaje

## **Seznam grafů**

Graf 1.: Počet seniorů ve zkoumaných zařízeních

Graf 2.: Počet dlouhověkých seniorů ve zkoumaných zařízeních

Graf 3.: V jakém jsou ženy (90+) obecně funkčním stavu?

Graf 4.: V jakém jsou muži (90+) obecně funkčním stavu?